ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ТОМ 3

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні

Міністерство соціальної політики України

УДК

Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.

Загальна редакція: Л. Гридковець.

Колектив авторів: Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова, О. Запорожець, О. Климишин, Д. Креймейер, А. Мокроусова, Н. Пророк, Н. Сиротич, Т. Сіренко, Л. Царенко, Н. Шапошник.

Загальне керівництво проектом: Л. Малогулко.

ISBN

У посібнику розглянуто питання організації психологічної допомоги різним верствам населення з метою подолання наслідків кризової ситуації в Україні, представлено основні напрямки соціально-психологічної підтримки постраждалих внаслідок психотравмівних подій. Багато уваги зосереджено на загальних положеннях та принципах психологічної реабілітації, обґрунтовано необхідність використання світових стратегій для створення вітчизняної системи психологічної реабілітації. Для психологів, соціальних працівників, педагогів, волонтерів, капеланів, студентів і викладачів вищих навчальних закладів та всіх, хто цікавиться питаннями реабілітаційної психології.

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні

Україна, 01030, Київ,
вул. Стрілецька, 16
www.osce.org/ukraine

Видано за підтримки Координатора проектів ОБСЄ в Україні. У цій публікації висловлено виключно погляди авторів. Вони не обов'язково збігаються з офіційною позицією Координатора проектів ОБСЄ в Україні.

Усі права захищені. Зміст цієї публікації може безкоштовно використовуватися для освітніх та інших некомерційних цілей за умови посилання на джерело інформації.

©ОБСЄ, 2018

ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:
ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

т. 3

ЗМІСТ

Вступ	6
Розділ 1. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ (Людмила Гридковець)	7
1.1. Специфіка потреб внутршіньо переміщених осіб (Людмила Гридковець, Наталія Сиротич)	9
1.2. Особливості психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам	12
1.3. Методи та техніки психологічної допомоги у роботі з внутрішньо переміщеними особами	15
Запитання і завдання до розділу 1	25
Розділ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ (Людмила Гридковець, Ольга Климишин)	27
2.1. Особливості психологічної допомоги ветеранам війни	28
2.2. Духовно-психологічна реабілітація ветеранів війни	32
2.3. Психологічна допомога ветеранам із проблемами залежності від психоактивних речовин	35
Запитання і завдання до розділу 2	43

Розділ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПОЛОН ТА ТОРТУРИ 45

3.1. Міжнародні стандарти соціально-психологічної реабілітації людей, що пережили полон та тортури (Наталія Шапошник) 46

3.2. Організація соціально-психологічної допомоги полоненим та жертвам тортур: український досвід (Анна Мокроусова) 54

3.3. Особливості психологічної допомоги людям, що пережили полон та тортури (Тетяна Сіренко) 64

3.4. Психотерапія хронічного болю (Томас Вебер, Людмила Царенко) 71

Запитання і завдання до розділу 3 74

Розділ 4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВЕТЕРАНІВ 75

4.1. Специфіка психологічної адаптації учасника бойових дій до родинного життя (Наталія Журавльова, Людмила Гридковець) 76

4.2. Психологічна допомога дружинам ветеранів війни (Наталія Журавльова) 82

4.3. Особливості психологічної допомоги родинам ветеранів війни (Людмила Гридковець, Джошуа Кречмер) 92

Запитання і завдання до розділу 4 95

Розділ 5. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ 97

5.1. Особливості переживання травмівного досвіду дитиною (Людмила Гридковець, Ольга Запорожець) 98

5.2. Методи психологічної допомоги дітям із травмівним досвідом (Людмила Гридковець, Наталія Сиротич) 101

Запитання і завдання до розділу 5 113

Розділ 6. ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПСИХОЛОГІВ, СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ВОЛОНТЕРІВ ТА КАПЕЛАНІВ (Людмила Гридковець) 115

6.1. Професійне вигорання як психофізіологічна проблема 116

6.2. Профілактика та подолання професійного вигорання 122

Запитання і завдання до розділу 6 131

Глосарій (Наталія Пророк, Людмила Царенко) 133

Додатки 147

Використані джерела 219

ВСТУП ДО ТРЕТЬОГО ТОМУ

Третій том посібника «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» починається **розділом**, у якому досліджена специфіка потреб внутрішньо переміщених осіб, здійснено порівняльний аналіз потреб дітей та дорослих, розглянуто особливості психологічної допомоги зазначеній категорії населення.

У **другому розділі** представлений комплексний підхід до надання психологічної допомоги ветеранам війни, проаналізовано реабілітаційні програми впроваджені на території України.

Третій розділ присвячено психологічній реабілітації людей, що пережили полон та тортури; наведено міжнародні стандарти психологічної допомоги та презентовано діяльність міжнародних, державних та громадських організації, що надають допомогу цій категорії населення; представлено український досвід соціально-психологічної допомоги жертвам полону та тортур,

У **четвертому розділі** подано практичні підходи до психологічної допомоги родинам ветеранів. Проаналізована специфіка психологічної адаптації учасників бойових дій до мирного життя і роль родини у цьому процесі. Досліджено спектр проблем, з якими найчастіше зустрічаються соціальні працівники та психологи, що працюють із дружинами ветеранів.

У **п'ятому розділі** висвітлено досвід надання психологічної допомоги дітям із травмівним досвідом. Представлені програми індивідуальної та групової психологічної допомоги дітям, що пережили або переживають кризу травмівного досвіду.

Шостий розділ присвячено психічному здоров'ю фахівців: волонтерів, соціальних працівників, психологів, капеланів. Проаналізовані причини, характер розгортання, симптоматика синдрому професійного вигорання та вторинної травматизації фахівців, зокрема у разі втоми від співчуття.

У додатках подано розділ зі Стамбульського протоколу щодо «психологічних доказів тортур», цільові реабілітаційні програми, діагностичний інструментарій для визначення рівня емоційного вигорання і психотерапевтичну казку для дітей.

Автори посібника розуміють, що в підготовленому матеріалі представлено не всі теми і висвітлені не всі можливі підходи до психологічної реабілітації осіб із кризовим досвідом, оскільки за останні роки українськими фахівцями створено багато прикладних програм. Проте сподіваємося, що цей посібник буде корисний тим, хто надає соціально-психологічну допомогу та здійснює психологічну реабілітацію населення України.

Розділ 1.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ

Проблема біженців та внутрішньо переміщених осіб у всьому світі набуває все більшої актуальності. Військові конфлікти, політичні протистояння, соціальні та природні катаклізми спонукають мирне населення покидати землі своїх предків, шукаючи порятунку на більш спокійних, економічно і політично стабільних територіях. Так, наприклад, події у Сирії призвели до різкого зростання числа біженців до країн Європи.

В Україні час від часу в різних засобах масової інформації повідомляється про актуальність питання допомоги біженцям, зокрема щодо поселення їх у нашій країні. Варто нагадати, що ще в 2011 році був прийнятий Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з питань біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» [1], що регулює питання допомоги біженцям.

Водночас, слід враховувати, що залежно від національної специфіки, культурних чинників та соціальних негараздів під час переселення, а також від тяжкості пережитих подій (зокрема полон чи тортури) у біженців та вимушених переселенців може проявлятися цілий спектр психологічних та психічних проблем.

1.1. СПЕЦИФІКА ПОТРЕБ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Для України проблема вимушених переселенців стала актуальною з 2014 року. За даними УВКБ ООН [98; 99], у світі майже 60 мільйонів переміщених осіб, серед яких 1,3 млн громадяни, що залишили свої домівки після анексії Криму та конфліктних подій у Східному регіоні.

Сьогодні Україна посідає дев'яте місце у світі за кількістю переселенців, з яких половина (51%) – з Донецької та Луганської областей. Серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) 60% – пенсіонери, 12% – діти, 4% – люди з обмеженими фізичними можливостями.

Для здійснення якісної психологічної реабілітації психотравмованих осіб, що зазнали вимушеного переселення, необхідно в першу чергу враховувати їхні потреби. Фахівці Державної служби надзвичайних ситуацій (ДСНС), що працюють із внутрішньо переміщеними особами зі східних регіонів України виділяють такі **проблеми переселенців** [86]:

- перебування в постійному стресі (внаслідок отриманої інформації від близьких та рідних, що залишилися в сірій зоні чи в зоні бойових дій);
- підвищена тривожність та страх (психологічні травми проявляються через невпевненість у майбутньому; як результат інформаційного дисонансу, обумовленого різними (часто суперечливими) повідомленнями із місцевих ЗМІ, від родичів та знайомих);
- гіперболізоване відчуття справедливості (будь-яка затримка соціальних виплат сприймається не лише як порушення прав, але й як особиста образа);
- конфронтація між місцевими мешканцями та тимчасово переміщеними особами внаслідок відчуття чужорідності та ворожості;
- фіксація на втратах і обмеження комунікацій скаргами.

Потрібно зазначити ще один суттєвий фактор, що деструктивно впливає на особистість – пережите сексуальне насилля та відсутність у подальшому соціальної підтримки, зв'язку зі спільнотою.

Варто зазначити, що організації і служби допомоги вимушеним переселенцям на перших етапах допустили низку помилок, а саме:

а) вся допомога зводилася до забезпечення продуктами, одягом, місцем проживання;

б) психологічна допомога обмежувалася масово-розважальними заходами та вислуховуванням претензій і скарг;

в) мало уваги надавалося позитивним аспектам облаштування на новому місці й розвитку активної позиції під час входження в нову громаду (мотивація на пошук роботи, сталого помешкання для сім'ї, на самостійне забезпечення родини тощо).

Допущенні помилки призвели до того, що у багатьох переселенців сформувалася інфантильно-споживацька позиція, яка зменшила особистісну активність стосовно самостійного відповідального облаштування на новому місці й активізувала претензійну позицію щодо зовнішнього забезпечення всіх особистісних потреб (за відсутності зв'язків із реальністю). Наприклад, люди, що за основним місцем проживання займали посаду із заробітною платою 1500 гривень, після переселення вимагали від відповідних структур забезпечення роботою із зарплатнею в 10 000 гривень. Зазначену ситуацію служби допомоги почали виправляти лише в 2015 році.

Організовуючи психологічну допомогу вимушеним переселенцям, спочатку потрібно забезпечити їхні базові потреби, зокрема, **фізіологічні потреби та потреби в безпеці**, і лише потім можна вирішувати інші завдання психологічного супроводу.

Таблиця 1.1.

ЗВІТНА ТАБЛИЦЯ ЗВЕРНЕНЬ ДО МБО «КАРІТАС-КИЇВ» ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇХНІХ ПОТРЕБ

ДІТИ	ДОРОСЛІ
1. Матеріальні потреби (у їжі, в іграшках). 2. Соціальні та психологічні проблеми: ■ відсутність відчуття самореалізації, самоствердження у соціумі (у колективі однолітків); ■ бажання змінити наявну ситуацію в країні, ненависть до представників влади різних країн; ■ страхи, нав'язливі спогади про війну; ■ постійне перебування у «стані втечі»; «вимушена безпорадність» – дорослі багато чого роблять за дитину, вважаючи її головною жертвою конфліктної ситуації;	1. Матеріальні потреби (у їжі, одязі, засобах гігієни, грошах). 2. Соціальні проблеми: ■ втрата улюбленої роботи; ■ відчуття, що ти не потрібний світові, та переконання, що «людині не судилося знайти нормальну роботу та сім'ю»; ■ пошук роботи. 3. Психологічні проблеми: ■ розпач, страх за майбутнє дітей; ■ депресивні стани; ■ конфлікти у сім'ї; ■ глибока образа на представників влади різних країн; ■ важке переживання розлуки із членами родини, що перебувають у зоні воєнних дій; ■ настороженість та підозрілість до працівників центру та фонду. 4. Проблеми стосунків із власними дітьми, членами сім'ї та родичами: ■ соціально дезадаптивна, агресивна, руйнівна поведінка дитини; ■ страх батьків щодо можливості втрати контролю над поведінкою власної дитини; ■ невизначене ставлення батьків до власної виховної позиції;

■ самозаборона на ті чи інші почуття; ■ невдоволення стосунками з батьками; ■ відсутність інтересу та мотивації до шкільного навчання та пристосування до нових умов життя	■ страх за майбутнє дитини; ■ невміння і страх прийняти та визнати ознаки посттравматичного синдрому в дитини; ■ страхи, фобії та нав'язливі стани у дитини; ■ проблеми через відсутність мотивації та інтересу дітей до шкільного навчання і пристосування до нових умов життя (у зв'язку з переїздом сім'ї); ■ проблеми депресивних станів та відсутності життєвого «стержня» у дітей

На етапі задоволення базових потреб, зокрема потреби в безпеці, основна психологічна допомога переселенцям полягає в сприянні адаптації до нових умов життєдіяльності та подоланні деструктивних наслідків пережитої психотравми (без патологічних проявів). Ефективними на цьому етапі є групи підтримки та взаємопідтримки, які дозволяють задовольнити і наступний рівень потреб – **потреб у приналежності**.

1.2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ

Під час першої зустрічі з людиною, що потребує психологічної допомоги, фахівець мусить з'ясувати характер пережитого нею травмівного досвіду.

Підтримка постраждалих суспільством не є однозначною: одні люди по-справжньому підтримують та допомагають, а інші – постійно звинувачують, не сприймають і протидіють, призводячи до ретравматизації.

Проте частіше особи, які пережили травмівні події, як правило, залишаються один на один зі своєю невизначеністю, розгубленістю, болем і, навіть, горем. У когось із них є досвід отримання психологічної допомоги, а в когось – немає.

Не слід забувати і про ймовірність вторинної травматизації, наприклад, при оформленні документів на пільги, передбачені законом, при зустрічі з некваліфікованими або травмованими фахівцями. Така вторинна травма може стати тригером для актуалізації всього комплексу попереднього травмівного досвіду особи, і тоді вже не обійтися без психологічної консультації чи психотерапії.

У багатьох психотерапевтичних підходах є інструменти для роботи з психотравмівним досвідом. В деяких підходах є клінічна доказова база (EMDR (десенсибілізація за допомогою руху очей), КПТ (когнітивно-поведінкова терапія), когнітивно-процесуальна терапія тощо), в інших підходах – статус умовної доказовості, або клінічні дослідження не проводилися. Рекомендуючи консультативний чи психотерапевтичний підхід, потрібно враховувати потреби клієнта, його психологічні особливості, побажання (групова чи індивідуальна робота) і наявний резерв фахівців, що перебувають у зоні доступності клієнта.

Загальні принципи допомоги вимушеним переселенцям розглядають через застосування правила: **«Дивитися – Слухати – Спрямовувати»**. Кожна зона зосередження передбачає з'ясування фахівцем чи волонтером потреб, важливих для відновлення життєдіяльності особи [89; 112].

ДИВИТИСЯ: ЗОНА ПРИВЕРНЕННЯ УВАГИ

Стосовно ситуативних переселенців (**у зоні екстремальних ситуацій**):

- голод, спрага, втома, поранення, травматизація, хвороба;
- одяг, речі першої необхідності;
- зв'язки з родиною, соціальні зв'язки (односельці, сусіди з однієї вулиці, однокласники тощо);

- діти без супроводу дорослих;
- нестабільні емоційні реакції, що діагностуються візуально.

Стосовно вимушених переселенців (**у зоні постійної дислокації**):

- голод, втома, доглянутість;
- відповідність одягу стосовно сезону та погоди;
- охайність;
- комунікативні прояви взаємодії між членами родини;
- емоційні прояви.

СЛУХАТИ: ЗОНА З'ЯСУВАННЯ ПОТРЕБ

Для ситуативних переселенців (**у зоні екстремальних ситуацій**):

- наявність страху та відчуття небезпеки;
- потреба в психологічній підтримці;
- потреба конкретної допомоги;
- специфічні потреби (наприклад, у хворих на цукровий діабет, вагітних жінок тощо).

У дітей, яких не супроводжують дорослі, необхідно отримати максимальну інформацію стосовно членів їхніх сімей або інших близьких осіб.

Для вимушених переселенців (**у зоні постійної дислокації**):

- з'ясування нагальних потреб у проживанні в місцях вимушеного переселення;
- визначення позиції переселенця щодо його власної відповідальності за своє життя, свою реалізацію та сім'ю;
- визначення психологічних та матеріальних ресурсів переселенця.

СПРЯМОВУВАТИ: ЗОНА ДІЇ

Для ситуативних переселенців (**у зоні ектремальних ситуацій**):

- надання інформації про події та прогноз щодо подальшого їхнього розвитку;
- надання інформації про центри практичної допомоги;
- надання точної інформації про те, яка буде надана біженцям допомога в місцях призначених для постійної дислокації;
- місця спрямування людей із вразливих груп;

- забезпечення допомогою або інформацією щодо установлення звя'зків та контактів із рідними;
- спрямування у центри психологічної допомоги осіб, що пережили насильство.

Для вимушених переселенців (**у зоні постійної дислокації**):

- забезпечення інформацією щодо діяльності соціальних служб; волонтерських та благочинних організацій;
- коучинг наявних матеріальних ресурсів;
- коучинг наявних психологічних ресурсів;
- інформація щодо працевлаштування, місця служб зайнятості, курсів перекваліфікації;
- спрямування на відвідування груп підтримки та взаємодопомоги;
- за необхідності спрямування в центри психологічної та психотерапевтичної допомоги, або медичні центри.

2.3. МЕТОДИ ТА ТЕХНІКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В РОБОТІ З ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ

ІНДИВІДУАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВИМУШЕНИМ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ

Психологічне консультування вимушено переміщених осіб базується на тому, що фахівець усвідомлює екстремальний характер пережитих ними подій. Навіть, якщо це лише тимчасове забезпечення базових потреб переселенців, необхідно готувати людей до самостійного вирішення життєвих проблем, активізувати психологічні ресурси для формування відповідальності за своє життя і життя родини, надати психологічну підтримку у впровадженні ідей та досягненні поставлених цілей.

Ефективні методи індивідуальної роботи з вимушено переміщеними особами:

- мотиваційне інтерв'ювання;
- директивне консультування;
- проблемно-орієнтоване консультування.

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'ЮВАННЯ [34; 83] (*див. Додаток 1*)

Мотиваційне інтерв'ювання – одна з клієнт-центрованих технік психологічного консультування, що забезпечує м'який супровід клієнта на шляху прийняття ним рішень. У разі роботи з внутрішньо переміщеною особою основний акцент слід робити на дослідженні її поведінкових проявів в нових умовах життєдіяльності, визначенні проблемних зон поведінки, міри готовності людини до змін та методах досягнення запланованих змін. Наприклад, наявний внутрішній конфлікт: отримувати матеріальну допомогу від благодійної організації чи йти на роботу. В людини не було можливості з кимось обговорити цю складну та неоднозначну ситуацію. «Якщо я піду на роботу, то можливо краще почуватиму й більше поважатиму себе. Але, якщо я піду на роботу, то благодійна організація не буде мені виплачувати кошти на утримання сім'ї і, напевно, попросить звільнити надане житло. А це може призвести до мого виснаження або до того, що зароблених коштів мені бракуватиме для утримання родини».

Завдання фахівця допомогти людині проаналізувати обидві сторони конфлікту і спрямувати її прийняти рішення, що сприятиме конструктивній зміні поведінки. Необхідно підтримувати особу в процесі аналізу різних аспектів внутрішнього конфлікту. Слід уникати суперечок, зменшувати опір, давати підтримку і забезпечувати розвиток самостійності у прийнятті рішень та відповідальності.

ДИРЕКТИВНІ МЕТОДИ В КОНСУЛЬТУВАННІ [34; 48; 82; 83]
(*див. Додаток 2*)

Директивні методи в консультуванні використовуються найчастіше в умовах невизначеності та розгубленості людини, а також, якщо час взаємодії з нею обмежений.

Вимушені переселенці потрапили в незвичну для них ситуацію, і тому консультант спочатку має чітко формулювати фрази та окреслювати межі щодо наявного стану речей, чітко давати інформацію й інструкції. Лише з часом, після забезпечення базових потреб, людина буде готова до переосмислення пережитого, пошуку сенсу тощо.

Наприклад, вимушена переселенка скаржиться, що на неї не звертають уваги у відділі соцзахисту.

Директива може бути такою:

> – Спробуйте наступного разу, коли ви підете до відділу соцзахисту, сісти перед працівником служби і чітко та твердо сказати, що у вас як у переселенця є такі й такі потреби; що ви саме зараз хочете отримати ґрунтовну відповідь щодо можливості їхнього задоволення. Якщо працівник скаже, що нічим не може вам допомогти, запитайте, скільки потрібно часу, щоб він міг все ж таки з'ясувати, як можна допомогти вам у цій ситуації. Примусьте призначити точний час продовження вашої зустрічі.

ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ [34] (*див. Додаток 3*)

Вже на етапі знайомства фахівця з переміщеною особою (це стосується й групи підтримки) потрібно отримати інформацію стосовно колишнього місця проживання людини (учасників групи), тобто щодо того місця, яке вона/вони були змушені покинути. Така інтервенція може стимулювати позитивні спогади стосовно цього місця, і посилити цінність позитивного образу малої батьківщини, що особливо важливо в ситуації негативного ставлення місцевих мешканців до регіону звідкіля приїхали переселенці.

ВІДЧУТТЯ ЛЮБОВІ ДО МАЛОЇ БАТЬКІВЩИНИ Є ОДНИМ ІЗ КОМПОНЕНТОМ ВЛАСНОЇ ГІДНОСТІ, ЩО З ОДНОГО БОКУ СПРИЯЄ, ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ, А З ІНШОГО БОКУ – ЗАПОБІГАЄ ПОЧУТТЮ МЕНШОВАРТОСТІ ЧЕРЕЗ ПРИНИЖЕННЯ МІСЦЕВИМ НАСЕЛЕННЯМ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.

РОБОТА З РЕСУРСНОЮ КАРТОЮ ЛЮДИНИ [36; 77; 79]

Ще на етапі задоволення потреби в безпеці в людини слід активізувати перехід від моделі «жертви» до моделі «відповідального». Застрягання на першій моделі призводить до фіксації на втраті і, в кращому випадку, на споживацькій життєвій позиції. І лише перехід до стратегії людини, здатної брати відповідальність за власне життя і за життя своїх близьких, дозволяє розглядати вимушене переселення як складну життєву задачу, що потребує творчого вирішення і зорієнтована на отримання позитивного результату.

Сприяння формуванню відповідальності слід розпочати з роботи над ресурсами. Цьому може допомогти «ресурсна карта» (*Табл. 1.2.*).

Таблиця 1.2.

РЕСУРСНА КАРТА

КРИТЕРІЇ		ОПИС	ЯК Я КОРИСТУЮСЯ ЦИМ БЛАГОМ	ЧИМ Я МОЖУ ДОПОМАГТИ ІНШИМ
Хто підтримує мене в родині				
Хто мене підтримує з близьких				
Стороння підтримка				
Мій реальний матеріальний ресурс				
Мої ідеальні плани				
Мої реалістичні плани				
Позитивний погляд на себе	- що я знаю;			
	- що я вмію;			
	- мій досвід			

Ресурсна карта дає можливість проаналізувати наявні матеріальні, психологічні, соціальні та духовні ресурси й допомогти людині побачити ситуацію не лише з позиції психотравмівного досвіду, але й з позиції відповідальності за своє життя і перспектив адаптації та власного розвитку в нових умовах життєдіяльності.

Працюючи з ресурсною картою, доцільно застосувати стратегію клієнт-центрованого консультування, яку називають **мотиваційним інтерв'юванням**.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Вимушене переселення відбувається не тільки у зони віддалені від бойових дій, але й у міста та села, що знаходяться в безпосередній близькості до зони розмежування. Крім того, переміщені особи, періодично відвідують своїх рідних, що проживають на окупованій території, у сірій зоні, в зоні бойових дій. У багатьох із них у небезпечних територіях залишилися старенькі батьки, які не хочуть покидати рідних місць, або інші родичі, які не змогли адаптуватися до місць переселення і були змушені повернутися до рідних домівок. Тому чимало переселенців переживають ситуації втрати рідних через розлуку з ними, особливо болючими у цьому випадку є фізичні втрати.

Надаючи психологічну допомогу **у ситуації втрати близької людини, слід враховувати**:

- характер спорідненості;
- комунікативні особливості людини, що переживає втрату;
- специфіку категорії горювальника;
- вік, зокрема дитина це чи доросла людина;
- етап горювання.

Упродовж останніх років у нашій країні з'явилися нові звичаї прощатися з загиблими. Ще під час Революції гідності на Майдані із загиблими Героями Небесної Сотні прощалися під вигуки: «Герої не вмирають!», «Слава Україні!», «Героям слава!» та несли домовини на плечах під звуки пісні «Пливе кача», що з часів Майдану стала реквіємом за всіма, хто загинув за Україну [110].

Провести в останню земну дорогу загиблих бійців – захисників територіальної цілісності України приходять рідні, знайомі, бойові побратими, представники влади, громадських та політичних організацій, священнослужителі, тисячі жителів міст, сіл. З'явилася ще одна традиція прощання з бійцями, що загинули в зоні військового конфлікту – зустрічати з обох боків дороги колону з тілом загиблого з лампадками, свічками та квітами. Люди стають на коліна, щоб засвідчити пошану полеглому воїну. Пошана, з якою проводжають загиблих бійців, підтримує рідних та близьких у важку годину, а пам'ять про їхню відданість рідній Вітчизні надовго збережеться у серцях земляків.

Попри те, що втрата рідного завжди є трагедією для родини, у рідних військовослужбовців є більше позитивних мотивів для проживання втрати і конструктивного проходження горювання:

- по-перше, загибель відбувається в умовах соціальнозначимої благородної місії захисту Батьківщини;

- по-друге, багато людей під час поховання висловлюють або демонструють співпереживання та підтримку близьких (побратими, друзі, просто перехожі, що стоять на колінах перед поховальною процесією, волонтери, державні чиновники тощо);
- по-третє, так чи інакше для членів родини загиблого передбачається соціальна допомога і психологічна підтримка збоку державних установ (пільги для дітей, соціальна допомога тощо);
- по-четверте, певна соціальна презентативність – «родина загиблого героя».

Натомість у переселенця (або в особи, в якої є рідні в зоні бойових дій) подібні позитивні моменти відсутні. Мало того, рідні можуть не поділяти цінності, займати протилежну позицію, навіть воювати по «різні сторони барикад». Тому родина переселенця, окрім стану гострого горя, може переживати ще й почуття провини за загиблого, сором, що посилює гостроту перебігу горювання.

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВТРАТУ

Що стосується **офіційного повідомлення про втрату** близької особи, то немає чіткого алгоритму проведення цієї процедури. Просто при цьому слід враховувати:

а) ступінь формальної близькості (близькі чи родичі: приналежність до першого кола спорідненості не завжди свідчить про наявність близьких стосунків і тісного спілкування);

б) ступінь життєвої близькості (друг, родич дружини/чоловіка, сусід, колега, вчитель), адже поняття «близька людина» може включати в себе досить широке коло осіб;

в) важливість предметів та речей, що належали загиблому.

Повідомляючи про смерть близької чи рідної людини фахівець має:

1. Представитися: назвати своє ім'я та статус (людина має чітко розуміти, з ким спілкується).
2. Інформація подається наодинці, без сторонніх осіб (навіть якщо ці особи є близькими людьми), тому для повідомлення треба відвести людину вбік і лише потім повернутися до її родичів чи друзів.
3. У випадку загибелі дитини, повідомлення про втрату мають надавати два фахівці.
4. Для повідомлення про втрату необхідно встановити візуальний контакт із родичем потерпілого (якщо той сидить, то необхідно присісти, щоб рівень очей фахівця і родича збігався).

5. Інформацію необхідно подавати чітко, але в м'якій формі, уникати при цьому тривалих та змістовних розмов.

6. Протягом деякого часу необхідно знаходитися поряд із тим, хто горює, не полишаючи особу наодинці та не випускаючи з поля зору її реакції, щоб не пропустити гострий реактивний стан (якщо у фахівця відсутній власний досвід втрати, краще не розмовляти, а лише мовчки бути поруч із потерпілим).

7. Для виведення з первинного шоку необхідно викликати в постраждалого будь-які сильні емоції (можна викликати агресію на себе, оскільки злість дозволить перейти до наступної фази горювання, і тим самим продовжити природній процес).

8. Тривалість часу постійного перебування з тим, хто горює, визначається самим фахівцем.

9. Після завершення гострих реакцій у постраждалого і за наявності поряд із ним його близьких, фахівець може підійти для проведення інструктажу родичів чи друзів.

10. За умови відсутності поряд із горювальником близьких осіб, але після завершення гострих реакцій, можна залишити його, продовжуючи спостереження за ним на відстані.

11. Особам із релігійним світоглядом, які переживають втрату, можна запропонувати телефон священика або дати адресу церкви тієї конфесії, до якої належить людина.

12. Якщо в людини з'являються симптоми гострого стресу, необхідно її спрямувати до психолога чи психотерапевта.

13. Для адаптивного переживання горювання можна порекомендувати відвідування груп підтримки або релігійних груп.

14. Якщо стан гострого горювання триває більше, ніж 40 днів, слід рекомендувати відвідування психолога.

Не можна:

- порушувати природний хід переживань людини;
- вживати слова на кшталт «Не плачте», «Я вас розумію», «Не побивайтеся», «Він тепер у кращому місці», «Візьміть себе в руки» тощо;
- повідомляти про загибель, якщо немає незаперечної інформації, що підтверджує факт смерті.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У РАЗІ ВТРАТИ

Надаючи психологічну допомогу обов'язково слід враховувати, який саме етап горювання проходить людина: первинної взаємодії з втратою, безпосередньо горювання чи одужання. Конструктивність переживання втрати залежить від обраної **базової стратегії виживання**, а саме:

а) орієнтування на подолання ситуативної складної життєвої задачі;

б) орієнтування на спостерігацьку життєву позицію;

в) орієнтування на фіксацію на втраті.

Залежно від психологічного стану, етапу горювання, домінантної стратегії ефективними можуть бути такі реабілітаційні стратегії (*див. табл. 1.3*):

Таблиця 1.3.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ

ЖИТТЄВА СТРАТЕГІЯ	ЕТАП ГОРЮВАННЯ	РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ
Прийняття досвіду і подолання складної життєвої задачі	Первинна взаємодія з втратою	Підтримка рідних та близьких (бути поряд) Допомога в організації поховальної церемонії без подавлення активнивності самої особи
	Період горювання	Духовно-орієнтоване консультування Мотиваційне інтерв'ювання Проблемо-орієнтоване консультування Екзистенційна психотерапія
	Одужування	Когнітивно-поведінкові підходи Духовно-орієнтована підтримка Арт-терапія
Спостерігацька життєва позиція	Первинна взаємодія з втратою	Підтримка рідних та знайомих (бути поряд) Директивно-орієнтоване консультування Допомога в організації поховальної церемонії Духовно-орієнтоване консультування EMD (десенсибілізація за допомогою руху очей) Травмафокус

	Період горювання	Мотиваційне інтерв'ювання Духовно-орієнтоване консультування Проблемно-орієнтоване консультування Когнітивно-процесуальна психотерапія Клієнт-центрована терапія Травмофокусовані підходи арт-терапії (пісочна терапія, проективний малюнок, робота з глиною тощо) EMDR (десенсибілізація та переробка за допомогою руху очей) Травмафокус
	Одужування	Мотиваційне інтерв'ювання Духовно-орієнтоване консультування Когнітивно-поведінкова терапія Арт-терапія
Фіксація на втраті	Первинна взаємодія з втратою	Підтримка із застосуванням методів активного слухання Організація поховальної церемонії з мінімальним залученням особи Духовно-орієнтована підтримка Дерективне консультування EMD (для зменшення інтенсивності переживання) Травмафокус
	Період горювання	Мотиваційне інтерв'ювання Духовно-орієнтоване консультування Проблемно-орієнтоване консультування EMDR Когнітивно-процесуальна психотерапія Когнітино-поведінкова терапія Травмофокусовані підходи арт-терапії (пісочна терапія, проективний малюнок, робота з глиною тощо) Сімейна психотерапія Травмафокус
	Одужування	Духовно-орієнтована підтримка Мотиваційне інтерв'ювання Когнітивно-поведінкова терапія Арт-терапія Психодрама Сімейна психотерапія Трамафокус

Слід завжди з великою повагою ставитися до почуттів людини, не залежно від її стану – фіксації, чи конструктивного проходження втрати. Це її досвід, її стосунки із собою, з людьми, з Богом. Можна разом пройти з людиною цей етап переживання болючого досвіду, але не можна зробити це замість неї. Надзвичайно важливо в процесі реабілітації знайти темп руху, прийнятний для людини, що переживає втрату (а не для фахівця).

У час скорботи людині важко повірити в те, що вона здатна жити далі, їй це здається неможливим. Звісно, її життя вже ніколи не буде таким, яким воно було раніше, до втрати, проте через переживання й прийняття власних часто суперечливих і складних почуттів людина змінюється і рухається в майбутнє.

ГРУПОВА РОБОТА З ВИМУШЕНИМИ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМИ

Під час формування **груп підтримки** (за участі психолога) враховуються такі організаційні моменти:

- оптимальна кількість учасників групи – 6-12 осіб;
- оптимальна кількість зустрічей на тиждень – 1;
- рекомендована тривалість зустрічі – 2 години;
- резервний час – 0,5 годин (для непередбачуваних ситуацій);
- якщо проводиться інформування, в процесі роботи має бути додаткова перерва у проміжку між інформаційними блоками (15-30 хв.);
- перерву можна використати для проведення релаксації учасників групи;
- раз на 1-2 місяці можлива спільна зустріч кількох груп для створення міжгрупових зв'язків (кількість учасників до 30 осіб) [34; 122].

Ведучий групи підтримки в своїй роботі орієнтується на базові принципи групового консультування, принципи групової психотерапевтичної допомоги та тренінгової роботи [142].

Базові принципи групової роботи:

- емпатійне ставлення до всіх учасників групи;
- толерування невизначеності (в групі можуть бути присутні учасники, які тривалий час не будуть готові надати ніякої особистої інформації);
- конфедеційність (жодна інформація не може бути винесена за межі групи, окрім тієї, на яку дала дозвіл особа, що її ця інформація стосується);
- зворотній зв'язок;

- принцип активності (відсутність примусу як щодо комунікації, так і стосовно необхідності різко припинити комунікацію);
- непоспішність (оскільки різним учасникам групи потрібен різний час для знайомства, адаптації та включення у групову взаємодію);
- усвідомлення учасниками групи, що відповідальність за їхні зміни, в першу чергу, лежить на них.

Форми роботи груп підтримки:

- просвітницька групова робота;
- консультативна робота виключно в межах запитів учасників групи;
- психоедукація поєднана з роботою за психологічними запитами учасників груп;
- психоедукація та тренінгова робота (мотиваційний тренінг, комунікативний тренінг, психо-соціальний тренінг, тренінг конкретних навичок тощо);
- терапевтична групова робота (найчастіше застосовуються такі психотерапевтичні підходи: клієнтцентрований, екзистенційний, духовно-орієнтований, когнітивно-поведінковий, арттерапія).

Під час групової роботи використовуються вправи, деякі з них можна використати і для індивідуальної роботи, деякі можна реалізувати лише в груповому форматі (*див. Додаток 4*).

ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 1

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи потрібно, надаючи психологічну допомогу вимушеним переселенцям, враховувати їхні національні та релігійні особливості? Відповідь обґрунтуйте.
2. Чому, на вашу думку, модель «виключно матеріальної допомоги» вимушеним переселенцям в Україні протягом весни/осені 2014 року, виявилася не достатньо ефективною?
3. Які, на вашу думку, слід проводити інформаційні заходи з місцевим населенням, у районах найбільшого поселення вимушених переселенців.

ЗАДАЧА

На консультацію звернулася жінка із запитом, як їй поводитися. Рідні її чоловіка стали вимушеними переселенцями і оселилися в їхньому домі, в якому до цього часу вони проживали разом із дітьми та свекрухою.

На її думку, вимушені переселенці почали зловживати гостинністю і поводитися як господарі. За словами жінки, свекруха підпала під їхній вплив, і тому вимагає переселення родини сина в невеличку «літню кухню» на подвір'ї будинку, залишаючи за «гостями» кімнати, які до цього займала родина сина.

– Опишіть стратегію консультаційного процесу.
– Що слід з'ясувати при інтерв'юванні?
– Кого і з якою метою ви запросите на наступну зустріч, окрім клієнта?
– Опишіть різні варіанти розв'язання проблеми клієнта.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть загальні приципи допомоги вимушеним переселенцям та біженцям.
2. Які підходи та методики допомагають активізувати психологічні ресурси переселенця?
3. Що таке ресурсна карта і як вона використовується в наданні психологічної допомоги вимушено переселеним особам?
4. Які підходи та методи роботи можуть застосовуватися при роботі з переселенцями?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Проаналізуйте та випишіть у вигляді таблиці культурно-релігійні особливості мусульманської та іудейської родини, що мають значний вплив на психологію сімейних стосунків.
2. Якщо ви належите до однієї з релігійних спільнот, розробіть основні положення та принципи власної програми психологічної допомоги дітям-вимушеним переселенцям з активною релігійною практикою (на вибір: мусульмани, іудеї тощо).

Якщо ви атеїст, розробіть стратегію, що базується на принципі «не нашкодь», для релігійно активних дітей із числа вимушених переселенців.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту/ /Підтримка реформи соціального сектору в Україні. URL: http://zn-upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf
2. Психологічна допомога вимушеним переселенцям: Методичні рекомендації// Національний університет цивільного захисту України. URL: rda.hm.ua/files/4136_9730.doc
3. Савицька О. В., Співак Л. М. Етнопсихологія: Підручник/ О. В. Савицька, Л.М. Співак. Київ: Каравела, 2011. 264. URL: http://westudents.com.ua/knigi/501-etnopsihologya-savitska-ov.html
4. Кирилюк І. Рекомендации психолога вынужденным переселенцам / відео. 2014. URL: https://www.youtube.com/watch?v–PoFlrDlfAzE
5. Ткач Р. Травма войны: работа с кошмарным сновидением. URL: https://www.youtube.com/watch?v–Y2iHBaeQY9A

Розділ 2.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ

Вже кілька років на території України тривають бойові дії. Хтось із учасників бойових дій пройшов страшні події початку війни у складі добровольчих батальйонів, хтось служив у Національній Гвардії чи у Збройних Силах України, хтось виконував завдання під проводом Міністерства Надзвичайних Ситуацій або виконував свій професійний обовязок за дорученням Служби Безпеки України. Не всі учасники добровольчих батальйонів мають статус учасника бойових дій. Проте, не залежно від офіційного статусу, у всіх є досвід війни. Відповідно, якому представнику із зазначених категорій не надавалася б психологічна допомога, кожен вважатиметься ветераном війни.

2.1. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ

Психологічний стан ветерана визначають такі чинники:

- особистісні якості;
- особливості травмівного досвіду;
- наявність та характер психотравми отриманої в дитячому віці;
- акумульовані протягом життя соціальні моделі, зокрема життєві стратегії та сценарії;
- соціальне середовище, зокрема соціальна підтримка, соціальна допомога;
- професійна реалізація.

Сьогодні на законодавчому рівні передбачаються зміни принципів організації системи реабілітації та системи надання соціальних гарантій, що визначатиме і запровадження нових моделей організації, адміністрування та менеджменту, застосування принципово іншої методології оцінки якості результатів реабілітаційного процесу, а також процесу соціальної адаптації учасників АТО та ООС і членів їхніх сімей. Згідно з положеннями нового підходу [5; 7] сучасні системи надання реабілітаційних та соціальних послуг мають спиратися на такі **принципи**:

- персоніфікований підхід до учасників АТО та ООС;
- простота та ефективність управління та організації;
- прозорість та публічність;
- максимальне використання потенціалу самоорганізації ветеранів та фахівців;
- використання провідного світового досвіду як у сфері адміністрування суспільних процесів, так і в сфері надання реабілітаційних послуг учасникам бойових дій.

ПРАВИЛА РОБОТИ З ДЕМОБІЛІЗОВАНИМИ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ

1. Учасник бойових дій – це захисник близьких, спільноти, своєї землі, Батьківщини.
2. Термін «герой» не варто застосовувати до ветерана, оскільки геройство передбачає одноразовий вчинок, а потім – «спочивання на лаврах», а завдання психологічної реабілітації – активізувати життєтворчий потенціал особи.
3. Демобілізований учасник бойових дій ніколи не зможе повернутися до «себе минулого». Це змінена особистість, яка потребує прийняття іншими нового стану, що веде до змін у житті його і його близьких.
4. Не можна стигматизувати ПТСР чи будь-який інший розлад учасника бойових дій, водночас як і примушувати його «до посткризового зростання».
5. Зростання після травмівного досвіду запускається не автоматично, а залежить від внутрішнього та зовнішнього психологічного потенціалу ветерана у процесі переосмислення цінності пережитого ним досвіду і відбувається лише у прийнятному для ветерана темпі.
6. Необхідно навчити ветеранів технік саморегуляції та зокрема технік регуляції емоцій. Слід з'ясувати, що допомагало ветерану до травматичних подій, і що залишилося ефективним і зараз.
7. Активізація позитивного погляду ветерана на себе, на віру в свої сили та здібності має чітко співвідноситися з реальністю. Важливо складати реалістичні життєві плани та знаходити відповідні шляхи їхньої реалізації.
8. Надаючи психологічні послуги, необхідно чітко визначати міру власної компетентності, щоб ефективно використовувати механізм перенаправлення до інших фахівців.
9. Організовуючи психологічну реабілітацію ветерана війни, слід чітко розрізняти рівні його потреб, що визначає рівень психологічної реабілітації і, відповідно, спектр комунікативних стратегій та методів психологічної допомоги.

Порівневий психологічний супровід ветеранів війни та стратегії взаємодії учасників реабілітаційного процесу представлено у *таблиці 2.1*.

Таблиця 2.1

СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

РІВНІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ
Невідкладна психологічна допомога: 1. Первинна допомога. 2. Скринінг. 3. Кризове втручання (за необхідності)	Директивні стратегії («батько», «брат»), що забезпечує чітке інструктування стосовно дій потерпілого і чітку регламентацію щодо його подальшого психологічного відновлення
Перший реабілітаційний рівень 1. Психодіагностика. 2. Сприяння адаптації та реадаптація ветерана до нових умов у післявоєнному соціумі. 3. Психо-соціальний супровід	Демократичні стратегії («побратим», «сестра») лежать в основі принципу взаємодопомоги «рівний-рівному» і передбачають демократичну комунікативну міжособистісну взаємодію з психологом, соціальним працівником, медиком тощо
Другий реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика. 2. Психологічне консультування (індивідуальне, групове, сімейне). 3. Психологічний супровід	Авторитарні стратегії («батько», «мати») та директивні («батько», «брат») дозволяють за рахунок знань, умінь та професійних навичок консультанта в короткий термін отримати позитивні результати у подоланні психологічних проблем ветерана, обумовлених його запитом
Третій реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика 2. Психотерапія (індивідуальна, групова, сімейна)	Використовуються всі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу
Четвертий реабілітаційний рівень: медико-психологічна допомога	Авторитарні стратегії («батько», «мати») стосуються взаємодії з медичним персоналом, а також усі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу, в якому надається психологічна допомога

Важливо пам'ятати, що психологічна допомога ветеранам має бути системною. У першому томі «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» названі методи реабілітації з клінічно доведеною ефективністю, методи з умовною ефективністю та методи з недоведеною ефективністю (як внаслідок неефективності самих методів, так і внаслідок відсутності валідних досліджень щодо цих методів). Зрозуміло, що з часом, у міру проведення досліджень спектр рекомендованих підходів із клінічно доведеною ефективністю буде зростати. Наприклад, ще кілька років тому метод «десенсибілізації та переробки за рухом очей» (EMDR) вважався сумнівним, проте нині, після проведення належних досліджень, ефективність цього методу доведена клінічно.

Основними показаннями до застосування методу EMDR є:

- ПТСР у ветеранів локальних війн і цивільних осіб (спричинений сексуальним насильством, нападами, аваріями, пожежами, техногенними катастрофами та стихійними лихами);
- обессивно-компульсивний розлад;
- панічний розлад;
- психогенні сексуальні дисфункції;
- дисоціативні розлади (за наявності у психотерапевта спеціальних навичок);
- залежність від психоактивних речовин (дані про терапевтичні результати досить суперечливі);
- хронічні соматичні захворювання і пов'язані з ними психологічні травми;
- випадки гострого горя (синдром втрати);
- невротичні та психосоматичні розлади, в анамнезі яких виявлена психотравма, ймовірно зв'язана з поточною патологією (травмівний епізод піддається переробці);
- подружні і виробничі конфлікти;
- проблеми, пов'язані з підвищеною тривожністю, невпевненістю в собі, низькою самооцінкою тощо» [88, с. 85].

У другому томі цього посібника детально описується підхід до психологічної реабілітації ветеранів, що базується на принципах «рівний/рівному» і застосовується у групах підтримки та взаємодопомоги.

Приклади окремих методик, які можна використати в процесі психологічної реабілітації ветеранів на різних реабілітаційних рівнях представлені у *додатку 4*.

2.2. ДУХОВНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ

Заходи психологічної реабілітації учасників бойових дій визначаються особливостями їхнього стану, у певних випадках до цього процесу необхідно залучати лікарів-психіатрів. Проте, за словами президента Асоціації психіатрів України С. Глузмана, «існує небезпека психіатризації проблеми реабілітації учасників АТО з посттравматичним синдромом, тоді як вони потребують передусім психологічної підтримки» [113].

Бійці, що були на «нульовому» рівні передової, переконані, що «в окопах атеїстів немає». Збільшення кількості капеланів у зоні бойових дій і запит бійців на спілкування з ними свідчить про важливість духовного фактору у психологічній реабілітації.

Сьогодні в Україні на зміну визнаній у світі біо-психо-соціальної моделі допомоги пораненим приходить біо-психо-соціо-онтологічна модель. Врахування онтологічного виміру людини, сфери функціонування її духовного начала та використання його потенційних можливостей у процесі реабілітації (і в профілактичній роботі) ветеранів значно підвищує ефективність та результативність роботи.

> **ДУХОВНІСТЬ** – СУТНІСНИЙ АТРИБУТ ЛЮДСЬКОЇ ПРИРОДИ, ПСИХІЧНА РЕАЛЬНІСТЬ ІСНУВАННЯ НАДІНДИВІДУАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ ТА ПЕРСОНАЛЬНИХ СМИСЛІВ; СМИСЛОТВОРЧИЙ ЦЕНТР, ЩО ЗАДАЄ ФІНАЛЬНУ МЕТУ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ І СКЕРОВУЄ ЇЇ НА ШЛЯХУ ДО ЦІЄЇ МЕТИ.

Духовно-психологічна допомога учасникам бойових дій та ветеранам, безперечно, має бути співзвучною з їхніми духовними та релігійними світоглядними позиціями, і повинна надаватися, в першу чергу, фахівцями з близького духовного середовища.

Духовно-психологічна реабілітація – це система духовних, психологічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення духовних, психічних та фізичних сил, корекцію або компенсацію порушень духовних станів, психічних функцій, особистісного статусу учасників бойових дій.

Що стосується роботи психологів, які враховують духовну складову потреб особистості, то перед ними ставляться такі основні **завдання**:

- визначення ступеня та характеру психологічних розладів;
- вивчення індивідуально-особистісних особливостей учасників ветеранів війни та оцінка їхніх духовних, когнітивних, емоційних, вольових можливостей;

- визначення необхідних заходів індивідуальної та групової духовно-психологічної реабілітації;
- нормалізація психічного стану, зниження психічного напруження та відновлення психічної рівноваги;
- формування оптимального психологічного реагування на наслідки психічної травми;
- розширення психологічних можливостей ветерана війни в його особистому та соціальному життєздійсненні за допомогою комплексного використання психоконсультативних, психотерапевтичних заходів та психологічної просвіти;
- оцінка ефективності реабілітаційних заходів учасників бойових дій.

ЕТАПИ ДУХОВНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1. Передусім відбувається зустріч учасника ветерана із капеланом та психологом. Капелан бесідує з ветераном (може сповідати його), читає відповідні молитви. Робота ж психолога на цьому етапі передбачає реалізацію психодіагностичних заходів. Доцільно провести бесіду, зокрема, щоб з'ясувати обізнаність учасника бойових дій щодо особливостей стану, який він переживає, його релігійного та терапевтичного досвіду.

2. На другому етапі відбувається реалізація основної частини програми духовно-психологічної реабілітації: проведення у груповій формі заходів духовного відновлення – тематичних духовних бесід, участь у Божественній літургії, звершення Тайни Євхаристії і Тайни Єлеопомазання; психологічна просвіта (тематичні бесіди з метою формування знань щодо наслідків отриманої бойової психологічної травми і ресурсів її подолання, терапевтичного значення духовних практик та психологічних засобів оптимізації життя), консультативна та психотерапевтична робота.

3. Заключний етап реабілітації передбачає проведення діагностичної роботи з метою з'ясування результативності наданої допомоги та формулювання психологічних рекомендацій і духовних настанов, що можуть використовуватись у повсякденному житті.

Психодіагностика проводиться на всіх трьох етапах:

- **первинна психодіагностика** для визначення міри психотравматизації, встановлення індивідуальних особливостей особистості та рівня актуалізації духовного потенціалу, духовного розвитку;

- **проміжний етап** – визначення динаміки особистісних змін в умовах реалізації духовно-психологічної реабілітації та з'ясування необхідності застосування додаткових заходів реабілітації;
- **завершальний етап** – констатація результативності наданої психологічної допомоги.

Окрім діагностичних методик спрямованих на встановлення ступеня психотравматизації людини, міри проявів у неї розладів, можна застосовувати низку методик для вивчення духовної сфери особистості учасника бойових дій, зокрема: «Духовний потенціал особистості» (Е. О. Помиткін), анкети «Духовний світ особистості», «Шкала доброзичливості» (Дж. Кемпбел), Методика діагностики розвитку рефлексії (А. В. Карпов), САМОАЛ (А. В. Лазукін в адаптації Н. Ф. Каліної), Вивчення суб'єктних здібностей та особистісних цінностей (З. С. Карпенко).

ЗАВДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ:

1) усвідомлення та розуміння духовної автентичності особистості – з метою мобілізації внутрішніх резервних сил для подолання наслідків психотравми;

2) відновлення природної діалогічної орієнтації у вертикальній площині, реструктуризація переживань засобами молитви;

3) орієнтації людини на майбутнє та актуалізація її спроможності «віддати минуле Богу» [61].

Специфіку консультативної роботи в парадигмі духовно-психологічної реабілітації визначає акцентування процесу у вертикальній площині життєздійснення людини.

2.3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВЕТЕРАНАМ ІЗ ПРОБЛЕМАМИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Щодо історичного досвіду вживання алкоголю в українській армії директор музею «Тюрма на Лонцького» Руслан Забілий наводить такий приклад: «В УПА стосовно алкоголю було суворо і жорстоко. Командири спілкувалися з людьми, про це є численні документи, був інститут політичних вихователів. УПА алкоголізмом не була вражена. Іноді вживали радикальні методи – буки чи смертну кару. В групі «Північ» у воєнних підрозділах алкоголь був заборонений взагалі. В документах польової військової жандармерії розповідається, що повстанця спочатку попереджали, а коли повторювалося зловживання алкоголем, то виписували буки. Але якщо і це не допомагало, то збирався військово-польовий суд і карав смертю. Без попередження карали тих, хто був п'яним на посту. Бо від реакції і рішення цієї людини залежала доля сотні людей, і такі випадки не пробачалися» [135].

Одним із гасел УПА було «За волю – без алкоголю!».

У наш час також почали задумуватися над питаннями протидії алкоголізації учасників бойових дій. Так у червні 2016 року в інформаційному просторі інтернету був оголошений намір Міністерства оборони України «позбавляти військових у зоні АТО статусу учасника бойових дій за зловживання алкоголем та порушення закону» [87]. Подібні заходи можуть послабити процес нової хвилі алкоголізації, але не можна таким чином вплинути на тих, хто вже страждає від алкогольної залежності.

> АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ НЕРІДКО ФОРМУЄТЬСЯ ЧЕРЕЗ ВІДСУТНІСТЬ АБО СЛАБКІСТЬ У ЛЮДИНИ МЕХАНІЗМІВ САМОВІДНОВЛЕННЯ ТА СТИМУЛЮЄТЬСЯ СОЦІАЛЬНИМИ СТЕРЕОТИПАМИ ЩОДО АЛКОГОЛЮ ЯК НАЙКРАЩОГО СПОСОБУ ЗВІЛЬНИТИСЯ ВІД ПСИХІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО НАПРУЖЕННЯ.

Причини зловживання алкоголем в учасників бойових дій:

- фактор «виривання» особи з природнього середовища;
- стресогенність ситуації;
- спроби подолати страх;
- легка доступність алкоголю;
- образа бійців на державу та суспільство за відсутність змін;

- ПТСР;
- первинна (довоєнна) алкоголізація тощо.

Наші спостереження показують, що важливими в процесі алкоголізації особи, окрім зазначених вище, є й інші механізми, що впливають як на переживання стресових та травмівних ситуацій, так і на алкоголізацію. До них можна зарахувати:

- деструктивні сценарії сформовані у батьківській родині (сценарії, що визначають образ себе – недовіру до людей, невміння брати відповідальність за власні вчинки тощо);
- деструктивний особистісний вибір;
- схильність до психологічного узалежнення як від людей, так і подій та ситуацій тощо [32].

Крім того, алкогольна залежність може бути спричинена цілою низкою фізіологічних збоїв та органічних уражень, що можуть відігравати роль як первинного фактору, так і набутого вторинного.

Проблема подолання алкогольної залежності потребує системного та ґрунтовного підходу. Залежну особу обов'язково слід спрямувати до нарколога, вона має пройти курс медичної і психологічної реабілітації.

Відомий український лікар-психіатр, психотерапевт та нарколог А. Б. Карачевський виділяє такі **складові лікування від алкогольної залежності** [53]:

1) мотиваційне лікування (засобами мотиваційних бесід або шляхом кризової інтервенції);
2) дезінтоксикація (процедура, спрямована на усунення наслідків отруєння організму алкоголем та продуктами його розпаду);
3) озонотерапія (внутрішньовенне введення насиченого озоном фізіологічного розчину – проводиться в умовах стаціонару);
4) фармакотерапія;
5) **супроводжувальні психологічні консультації та психотерапія особи з алкогольною залежністю**, складові якої:
   - мотиваційна психотерапія;
   - когнітивно-поведінкова психотерапія;
   - терапевтичний метод «12 кроків»;
   - сімейна психотерапія (зокрема, спрямована на соціально-трудову адаптацію залежної людини);
   - індивідуальна психологічна реабілітація залежних від алкоголю;

- індивідуальна психологічна реабілітація рідних та близьких залежної від алкоголю особи.

Проте не всі фахівці поділяють подібну схему допомоги залежним особам. Є думка, що в процесі реабілітації необхідне поєднання двох **синхронних ліній допомоги**: психотерапію і програму «12 кроків», яка в свою чергу розглядається не як терапевтичний захід допомоги, а як групова підтримка.

Лікування алкогольної залежності є тривалим реабілітаційним процесом не тільки залежної людини, але й усієї сім'ї.

«Часто члени родини страждають не менше, а іноді й більше, ніж той, хто п'є. І навіть коли близький починає видужувати – у них залишається тривожне очікування: «коли ж він зірветься». Цей стан ще називають «співзалежністю». Близькому заглядають в очі, принюхуються, вимогливо запитують: «Признайся, ти пив?». І це, найчастіше, може спровокувати дитячу реакцію «Ага, якщо ви такі, то я піду і нап'юся». Співзалежність має свою динаміку, й іноді настає момент, коли допомога рідним потрібна більше, ніж алкоголіку. Особливо, якщо алкоголік категорично відмовляється одужувати» [55].

У книжці А. Б. Карачевського «Подолати алкогольну залежність» [56] представлений розділ «Самодопомога при алкогольній залежності», матеріалами якого можуть скористатися зацікавлені фахівці.

Зцілення учасників бойових дій від алкогольної залежності неможливе без зцілення від наслідків бойової травми. Для цього фахівці пропонують використовувати традиційні підходи, такі як когнітивно-процесуальна терапія, і додавати духовно-психологічну допомогу [188]. У багатьох ветеранів після повернення додому змінюються погляди на світ, вони можуть переживати духовні кризи, невдоволення Богом, і в результаті духовного пошуку ставати ближчими або віддалятися від Бога та від інших людей. Тому алгоритм психологічної допомоги ветеранам має включати духовні компоненти і обговорення питань віри, особливо питань прощення.

Духовно-орієнтований підхід може застосовуватися не лише під час загальної психологічної реабілітації учасників бойових дій, але й для сприяння подоланню залежності від психоактивних речовин [63].

Духовна терапія адикцій в умовах групи передбачає створення умов для духовного розвитку її членів.

Духовний розвиток учасників групи підтримки – це, передусім, реалізація духовної боротьби із залежністю, що має подвійний характер: внутрішню (самопізнання та самовдосконалення), і зовнішню (вдосконалення навколишньої дійсності).

ГРАНИЧНА МЕТА ДУХОВНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДЕЙ ІЗ ЗАЛЕЖНОСТЯМИ Є ДОСЯГНЕННЯ ДУХОВНОГО ІДЕАЛУ. ЦЕ НЕ ВТЕЧА ВІД СВІТУ ЗЛА, ЦЕ – АКТИВНЕ ОВОЛОДІННЯ СВІТОМ ДЛЯ ЙОГО ЗЦІЛЕННЯ І ПОРЯТУНКУ.

У світі доведена ефективність програми «12 кроків» для подолання залежностей. На ключових функціональних положеннях цієї програми базується програма духовно-психологічної реабілітації. Однак духовно-психологічна реабілітація базується на власній методологічній і методичній моделі, що за своїм змістом не заперечує, а доповнює і конкретизує положення програми «12 кроків», ставлячи акцент на розвитку сутнісної природи кожної людини – її духовності.

Основне завдання програми духовно-психологічної реабілітації: створення умов актуалізації внутрішнього **духовного потенціалу** людини (Сутнісного Я) та активізація процесу **розвитку духовності**.

СТРУКТУРНІ КОМПОНЕНТИ РОЗВИТКУ ДУХОВНОСТІ

а) **етичний** (утвердження моральної позиції на засадах добра);

б) **естетичний** (розвиток естетичних почуттів);

в) **інтелектуальний** (уточнення, конкретизація, розширення системи знань про себе як про особистість, про інших, про навколишній світ);

г) **екзистенційний** (формування життєвої перспективи і трансцендентної спрямованості).

Основна форма психотерапії: діалогічна бесіда спрямована на формування внутрішньо-особистісного та міжособистісного діалогів.

Реалізація **внутрішнього діалогу** відбувається за умов існування особистості як суб'єкта, що представляє соціальну, психічну та духовну природу людини. З появою на світ людини її психіка є певним потенціалом особистісного розвитку. Цей потенціал становить «Сутнісне Я», що за своєю природою є вродженим та іманентним, таким, що презентує ідеал досконалого буття – єдності «Я-ідеального» і «Я-духовного». Голосом «Сутнісного Я» є совість, екзистенційний пошук, любов, творча інтуїція.

«Сутнісне Я», як біологічно задане, отримує «розширення» (доповнення, а то й протиставлення) у «Множинному Я», що визначає інтерналізовані соціальні норми поведінки, знання, вміння, культурні потреби і настановлення. Результатом взаємовпливу «Сутнісного Я» і «Множинного Я» стає «Особистісне Я».

Слід зауважити, що «Особистісне Я», орієнтуючись лише на «Множинне Я», без врахування «Сутісного Я», втрачає свою автентичність. На рівні «Особистісного Я» виникають питання, дилеми, що вимагають відповідей – чому, навіщо, за що, як, куди? Людина перебуває в пошуках, і цей пошук може обмежитися тільки діалогом «Особистісного Я» з «Множинним Я», а може вийти на діалог із «Сутнісним Я» (екзистенційні питання), залежно від рівня розвитку «Особистісного Я». «Сутнісне Я» може бути спостерігачем чи контролером, радником чи «останньою інстанцією, до якої апелює людина», а, можливо, буде «відсутнім», «виключеним» із цього процесу. Момент «виключення» (може зумовлюватися дією механізмів психічного захисту) призводить до психічного неблагополуччя людини (у Тетяни Флоренської це називається витіснення «Наявним Я» – «Духовного Я»).

Першочерговим завданням психотерапевтичних заходів є створення умов реалізації внутрішньоособистісного діалогу, в умовах якого відбувається актуалізація духовного потенціалу, його «розгортання» та розвиток. Глибина внутрішнього діалогу залежатиме від рівня представленості «Сутнісного Я» у свідомості людини, вихід його із пласту несвідомого та проекції на «Особистісне Я». Що стосується міжособистісного діалогу, то його основною метою в процесі реанімації духовності адиктивних осіб, є досягнення синергійної взаємодії, взаємне збагачення та посилення діалогічних інтенцій його учасників.

Міжособистісний діалог, у процесі якого відбувається розвиток духовності, передбачає різні рівні взаємодії його учасників із притаманними їм характером і мірою взаємного пізнання та взаємного заглиблення.

Поетапність розгортання міжособистісного діалогу та можливість досягнення його учасниками розвивального ефекту визначається специфікою функціонування міжособистісного діалогу як такого.

У МІЖОСОБИСТІСНОМУ ДІАЛОЗІ МОЖНА ОЗНАЧИТИ ТРИ ЯКІСНО ВІДМІННІ **РІВНІ ДІАЛОГІЧНОГО КОНТАКТУ**:

ПЕРШИЙ РІВЕНЬ – контакт із позиції «Я» – «Інший». «Я» – це факт існування й діяльності конкретної людини, що живе та діє серед інших. «Інший» – це людина, що живе поруч із нами, яка водночас є «Іншим» та «одним із Інших». У такому розумінні кожен учасник діалогу виступає «Іншим» щодо співрозмовників, а кожне «Я» є не лише вираженням самосвідомості, але й реальним суб'єктом, що пізнає себе, пізнає іншого поза самим собою та себе в «Іншому». А «Інший» стосовно кожного конкретного «Я» виступає «Я-адресатом», тим, із ким співрозмовників поєднує певний предметний зміст: повідомлення, факт, позиція, змістовне звернення тощо. Ставлення «Я» – «Інший» ніколи не буває загальним, воно завжди конкретне і неповторне (виходячи з неповторності опонентів) та єдине, незалежно від того, чи йдеться про однобічне сприйняття, що прямує від «Я» до «Іншого». Бо ж цей «Інший» також є певним «Я», для якого наше «Я» може бути власне тим «Іншим».

ДРУГИЙ РІВЕНЬ діалогічного контакту – це взаємодія учасників із позиції «Я» – «Ти». Його особливістю є взаємне прийняття. Кожен учасник діалогу приймає іншого як співрозмовника – опонента, що бачить інакше, розуміє інакше, і цим становить цінність для самопізнання та саморозвитку. На цьому рівні відбувається справжній вихід у міжособистісний простір та емоційно-смислове наближення одне до одного, що є каузальним наслідком включення механізмів сприймання.

ТРЕТІЙ РІВЕНЬ – «Я» і «Ти» утворюють нову реальність – «Ми», що «є розширенням «Я» за його первинні і природні межі». З позиції «Ми» відбувається вихід на спільну духовну реальність опонентів, тобто, відбувається взаємодія «Сутнісних Я» на рівні надіндивідуальної форми.

Можна сказати і про формування єдиного «Ми» щодо предметного змісту – об'єкта пізнання. Учасники діалогу стають рівноправними, повноцінними суб'єктами, зверненими в процесі пізнання до одного об'єкта. У справжньому діалозі ніхто не прагне до монологу, ніхто не бореться за перше місце і кожен допомагає іншому, допомагає розкритися діалогові як живому цілому. Формування «Ми»-позиції учасників передбачає прояв суб'єктної активності учасників як стосовно одне до одного, так і до змістовного простору міжособистісного діалогу.

Реалізація міжособистісного діалогу, спрямованого на відновлення духовності особистості адиктивних осіб, включає три **етапи діалогічної взаємодії** діагностико-корекційно-розвивального змісту.

1. На першому етапі діалогічної взаємодії міжособистісний діалог, набуваючи вираженої асиметричності (психотерапевт —> пацієнт), має **пізнавально-інформативний характер**. Перед його учасниками чітко формулюється проблема, так звана, тематика психотерапевтичного заняття та подається інформація щодо проблеми, що виноситься на обговорення. Наприклад, шкідливість алкоголю для людського організму, проблема деформацій особистості під впливом алкоголю, конфліктність в умовах сім'ї як наслідок вживання алкоголю, місце духовності в боротьбі з алкогольною залежністю тощо.

2. На другому етапі учасникам діалогу пропонується низка **проблемних ситуацій** (зокрема етичні задачі), кожна з яких передбачає прояв власної активності та вираження особистісної позиції кожним учасником діалогу. Зміст проблемних ситуацій відповідає тематичному змісту заняття. Саме на цьому етапі міжособистісний діалог набуває найвищого функціонального значення в реанімації духовності його учасників. Кожен учасник висловлює свої уявлення та позицію, після чого проходить обговорення спільних та відмінних аспектів особистісних переживань, визначення тих особливостей, що мають місце під час внутрішнього діалогу та викликають зацікавленість, потребу в інтерпретації та розумінні.

3. На третьому, **заключному етапі**, учасникам діалогу пропонується сформулювати спільне судження (з позиції «Ми») щодо поставленої на початку заняття проблеми, яке

б мало характер настановлення щодо її вирішення. Наприклад, «Ми обираємо любов – любов до Бога, любов до себе, любов до ближніх», «Наше життя віднині – це робота над собою, щоб бути досконалими, як наш Отець досконалий», «Ми віримо, що покликані здати в цьому житті іспит на гідність» тощо.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ДУХОВНОЇ ТЕРАПІЇ АДИКТИВНИХ ОСІБ МІСТИТЬ ТРИ ВЗАЄМОПОВ'ЯЗАНІ ТЕМАТИЧНІ БЛОКИ.

Завдання **ПЕРШОГО БЛОКУ**: формування в учасників психотерапії розуміння негативних наслідків узалежнення (як для самої адиктивної особи, так і для її оточення) і розвиток глибокого переконання в необхідності її подолання. Тематика діалогічної взаємодії передбачає глибинний самоаналіз на трьох рівнях життєздійснення адиктивної особи: інтра-, інтер- та метасуб'єктому та в трьох площинах: минулому-теперішньому-майбутньому.

Завдання **ДРУГОГО ТЕМАТИЧНОГО БЛОКУ**: пізнання адиктивною особою своєї сутнісної духовної природи, переосмислення причин залежності з погляду духовності та усвідомлення необхідності духовного розвитку як визначальної можливості вирішення проблеми адикції.

Заняття, на яких відбувається виконання цього завдання, складаються з тематичних діалогів, основною метою яких є актуалізація особистісного самовизначення. Ставляться питання «Хто Я?» з позиції зіставлення себе зі світом як творінням Бога та питання «Для чого Я?» з позиції власної самоцінності. Пошук відповідей на ці питання відбувається за умов осмислення особистістю попереднього життєвого досвіду, життя як цілісності. Все це врешті-решт веде до усвідомлення необхідності пошуку граничного смислу життя – віри в Бога, який здатний за умов свобідної волі адиктивних осіб «перетворити їхнє життя», зцілити їх духовно і фізично.

Завданням **ТРЕТЬОГО ТЕМАТИЧНОГО БЛОКУ** є безпосередньо цілеспрямований розвивальний вплив на кожен зі структурних компонентів духовності – етичний, естетичний, пізнавальний та екзистенційний.

Етичний компонент. Що стосується розвитку етичного компоненту, то виникає необхідність створити в процесі психотерапії такі діалогічні умови, які б забезпечили прояв моральних почуттів і моральних якостей кожного учасника та створили можливість їхньої самооцінки й оцінки іншими. Водночас, акцент повинен здійснюватися на аналізі моральних норм і моральних переконань, що визначають поведінку учасників, дають змогу оцінювати й контролювати її. Особливу увагу слід приділити груповому аналізу морального ідеалу, що втілює об'єктивовані найвищі моральні якості і спонукає, на цьому етапі, кожного учасника до саморозвитку й самовдосконалення на етичній основі.

Естетичний компонент духовності. Створення умов розвитку естетичного компоненту духовності передбачає реалізацію системи тематичних діалогів, основним завданням яких є формування усвідомлення і прийняття краси як естетичної категорії; розвитку естетичного сприйняття в учасників, вираження їхніх естетичних почуттів і смаків та їхня часткова об'єктивація з метою визначення основних критеріїв естетичного ідеалу духовно розвиненої особистості.

Пізнавальний компонент духовності. В умовах психотерапевтичних занять акцент здійснюється першочергово на активізації зусиль саморозвитку та формування пізнавального інтересу, векторно спрямованого на власну особистість і навколишній світ. Зокрема, необхідно розширити можливості самоаналізу на тілесному, психічному й онтологічному рівнях самопізнання із подальшим порівнянням результатів самопізнання, з оцінкою іншими учасниками групи потенційних і реальних можливостей кожного учасника зокрема. Важливою є увага до розвитку пізнавальних і творчих здібностей, до здатності бачити себе людиною, відмінною від інших, якій притаманні неповторні властивості, що надають індивідуальної значущості й цінності.

Екзистенційний компонент духовності. Розвиток екзистенційного компоненту передбачає реалізацію діалогів, функціональний зміст яких полягає в аналізі смислової архітектоніки внутрішнього світу учасників, констатації суб'єктивного змісту смислів, представлених на інтрасуб'єктному, інтерсуб'єктному та метасуб'єктному рівнях існування особистості, встановлення пріоритетних смислів, що визначають, детермінують спрямованість їхньої особистості. Тут добираємо такі проблемні завдання, розв'язання яких передбачало б знаходження кожним пацієнтом стрижневого смислу («граничного сенсу» за В.Франклом [139].) власного життя, усвідомлення й визначення стратегій подальшого вільного особистісного становлення та розвитку.

Прикладом духовної терапії адитивних осіб є програма з доведеною ефективністю О. К. Климишин ***«Духовна терапія адиктивних осіб: християнсько-орієнтований підхід»*** *[62] (див. Додаток 5).*

Духовна терапія адикцій в умовах групи передбачає створення умов для духовного розвитку її членів. Духовний розвиток людей із залежністю – це, передусім, реалізація їхньої духовної боротьби з недугою, що має подвійний характер: внутрішній (самопізнання та самовдосконалення), та зовнішній (вдосконалення навколишньої дійсності). Граничною метою духовного розвитку є досягнення духовного ідеалу, який «не є втечею особистості від світу зла, як від чистого зла, це – активне оволодіння світом для його зцілення і спасіння».

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 2

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи впливає травмівний досвід попередніх поколінь (історична травма) на переживання екстремальних та травмівних ситуацій нащадками.
2. Як ранні дитячі травми учасника бойових дій здатні відобразитися на його переживаннях та наслідках травмівного досвіду в умовах сучасної гібридної війни.
3. Наведіть приклади відомих вам випадків успішної адаптації учасників бойових дій, з ампутацією, до мирного життя.

ЗАДАЧА 1

До вас звернулися по допомогу лікарі районної лікарні. У їхнього пацієнта, учасника бойових дій (до того ж вимушеного переселенця), присутні всі ознаки посттравматичного стресового розладу. Проте він не хоче бачити жодного психолога чи психіатра, які не поділяють його релігійних поглядів, оскільки не довіряє їм. При цьому жодного фахівця психологічної сфери – представника його конфесії у вашому місті немає. Опишіть ваші дії і стратегію допомоги ветерану.

Умова. Задача розглядається для трьох базових релігій (християнство, мусульманство, іудаїзм).

ЗАДАЧА 2

До вас на консультацію побратими привели військовослужбовця, що два тижні перебував у відпустці, і через два дні має повернутися на передову. Він зазначає, що вже кілька місяців не може нормально спати, а останній тиждень не спав узагалі. Крім того, він відчуває панічні атаки і впевнений, що скоро загине. При цьому заявляє, що він не боїться смерті, і життя для нього нічого не варте. Опишіть ваші дії та стратегії допомоги за принципом: «ідеальна-бажана-реальна».

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть фактори визначальні для психологічного стану ветерана.
2. Наведіть приклади використання комунікативних стратегій на різних етапах психологічної реабілітації ветерана.
3. Назвіть основні правила психологічної допомоги ветеранам.
4. Що таке модель «GROW» і як вона застосовується на практиці?
5. Назвіть причини та види залежностей, які найчастіше зустрічаються в учасників бойових дій? Які стратегії їхнього подолання ви знаєте?
6. Охактеризуйте роль екзистенційних переживань у подоланні травмівного досвіду особою.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Проаналізуйте та випишіть у вигляді таблиці культурно-релігійні особливості мусульманської та іудейської родин, що мають значний вплив на психологію сімейних стосунків.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. Посібник /під ред. Гридковець Л. М. Київ : Літера, 2015. 207 с.
2. Романчук О. Духовний супровід осіб з посттравматичним стресовим розладом / [відео]: 7 передач. URL: https://www.youtube.com/watch?v–8LAmo9KNBh8
3. Карачевський А. Б. Подолати алкогольну залежність. Український інститут когнітивно–поведінкової терапії. Львів : Свічадо, 2016. 124 с.
4. Климишин О. І. Духовна терапія адиктивних осіб: Хистиянсько-орієнтований підхід. Навчально-методичний посібник. Івано-Франківськ: Гостинець, 2012. 121 с.
5. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. Львів : Скриня, 2016. 515 с.

Розділ 3.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПОЛОН І ТОРТУРИ

Викорінювання тортур – справа совісті всіх і кожного. Біль і страждання кожної жертви долають політичні, релігійні й культурні бар'єри, тому всі ми маємо спрямовувати свої зусилля і прагнути до спільної мети – до гуманного світу, в якому немає місця для тортур.

Міжнародна рада з реабілітації жертв тортур

3.1. МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ДОСВІДОМ ПОЛОНУ І ТОРТУР

Проблема реабілітації осіб, що перебували в полоні та/або піддавалися тортурам, актуальна для багатьох країн світу. Згідно з даними *Amnesty International* завдають тортур і жорстко поводяться з людьми, принаймні, у 140 країнах світу.

ЛЮДИ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ЖОРСТОКИЙ ДОСВІД КАТУВАНЬ, ПРОДОВЖУЮТЬ І ПОТОМУ СТРАЖДАТИ ВІД ЧИСЛЕННИХ РУЙНІВНИХ НАСЛІДКІВ. ЯКЩО ЦЕ ЗАЛИШИТИ БЕЗ УВАГИ, ТО ПЕРЕЖИТЕ МОЖЕ НАГАДУВАТИ ПРО СЕБЕ ПРОТЯГОМ УСЬОГО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ І НАВІТЬ ПОТІМ – ПЕРЕДАВАТИСЯ ЧЕРЕЗ ПОКОЛІННЯ Й ДЕСТРУКТИВНО ВПЛИВАТИ НА СУСПІЛЬСТВО ЗАГАЛОМ.

В Україні тема тортур була актуальною завжди. Щорічно фіксувалися наслідки жорстокого поводження та катувань осіб, що перебували у місцях позбавлення волі. Проте з 2014 року це питання стало особливо гострим, адже збройний конфлікт у країні завжди негативно впливає на дотримання прав людини. Поняття полону актуалізувалося ще в 2014 році, під час протестів на Майдані, й отримало своє продовження внаслідок ситуації, що склалася в Криму та на сході Луганської і Донецької областей.

В умовах збройного конфлікту однією з найбільших жертв цієї категорії стали військовополонені. У міжнародному гуманітарному праві (МГП) існує багато договірних та звичаєвих норм для визначення міжнародно-правового режиму військовополонених. Ці норми утворюють відповідний інститут воєнного полону, що регулюється Женевською конвенцією стосовно поводження з військовополоненими [28].

У Статті 4 *Женевської конвенції* [47] зазначається: «**військовополоненими**, у розумінні цієї Конвенції, є особи, що потрапили в полон до супротивника й належать до однієї з таких категорій:

1. Особовий склад збройних сил сторони конфлікту, а також члени ополчення або добровольчих загонів, що є частиною цих збройних сил.
2. Члени інших ополчень та добровольчих загонів, зокрема члени організованих рухів опору, що належать до однієї зі сторін конфлікту й діють на своїй території або за її межами, навіть якщо цю територію окуповано, за умови, що ці ополчення або добровольчі загони, зокрема організовані рухи опору, відповідають таким умовам:
   a) ними командує особа, що відповідає за своїх підлеглих;
   b) у них є постійний відмітний знак, добре розпізнаваний на відстані;
   c) вони відкрито носять зброю;
   d) здійснюють свої операції згідно із законами та звичаями війни.
3. Члени особового складу регулярних збройних сил, які заявляють про свою відданість урядові або владі, і не визнані державою, що їх затримує.
4. Особи, що супроводжують збройні сили, але фактично не входять до їхнього складу, наприклад, цивільні особи з екіпажів військових літаків, військові кореспонденти, постачальники, особовий склад робочих підрозділів або служб побутового обслуговування збройних сил, за умови, що вони отримали на це дозвіл тих збройних сил, які вони супроводжують, для чого останні видають їм посвідчення особи за зразком, наведеним у додатку.
5. Члени екіпажів суден торговельного флоту, зокрема капітани, лоцмани та юнги, а також екіпажі цивільних повітряних суден сторін конфлікту, які не користуються більш сприятливим режимом згідно з будь-якими іншими положеннями міжнародного права.
6. Мешканці не окупованої території, які під час наближення ворога озброюються, щоб чинити опір силам загарбника, не маючи часу сформуватися в регулярні війська, за умови, що вони носять зброю відкрито й дотримуються законів і звичаїв війни».

У III Женевській конвенції докладно розглядаються питання забезпечення прав військовополонених протягом усього періоду їхнього перебування в полоні.

Система захисту військовополонених включає положення про порядок їхнього інтернування, їхні права на приміщення, одяг і харчування, на виконання гігієнічних вимог і надання медичної допомоги, забезпечення релігійних прав, надання можливості для інтелектуальної та фізичної діяльності.

Держава, що тримає людей у полоні, може вирішувати питання гуманного переміщення військовополонених з урахуванням їхніх інтересів. Вона може використовувати

працездатних військовополонених як робочу силу, враховуючи їхній вік, стать, звання, а також фізичні можливості.

> У ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ Є НИЗКА ВАЖЛИВИХ ПРАВ І ГАРАНТІЙ НАДАНИХ КОНВЕНЦІЄЮ АБО СПЕЦІАЛЬНИМИ УГОДАМИ: З ПОЛОНЕНИМИ ПОТРІБНО ГУМАННО ПОВОДИТИСЯ; ЩОДО НИХ ЗАБОРОНЯЮТЬСЯ РІЗНІ АКТИ НАСИЛЬСТВА І ЗАЛЯКУВАННЯ; ВОНИ МАЮТЬ ПРАВО НА ПОВАГУ СВОЄЇ ОСОБИСТОСТІ Й ГІДНОСТІ. ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ БУДЬ-ЯКА ДИСКРИМІНАЦІЯ ПОЛОНЕНИХ.

З 2014 по 2017 роки в правовому полі України поняття «**збройний конфлікт**», з урахуванням особливостей гібридного конфлікту, визначався поняттям «Антитерористична операція» (АТО), а з 20 лютого 2018 року відбулася зміна формату, і на сьогоднішній день конфлікт визначається як «операція Об'єднаних сил» (ООС). Законодавство України вказує, що в ході терористичної діяльності можливе захоплення заручників незаконними формуваннями. Саме ж поняття терміну «**заручник**» дається в Законі України «*Про боротьбу з тероризмом*», проте не встановлюються жодні гарантії їхнього захисту.

Якщо порівняти терміни «заручник» та «полонений» в аспекті конфлікту на Сході України, то слід відзначити, що в правовому полі стосовно постраждалих осіб використовується поняття «заручник», хоча в неофіційних джерелах ширше використовується поняття «**полонений**». В українському контексті це не просто терміни, що розрізняються семантично, а поняття, що безпосередньо впливають на статус особи та на її захищеність збоку держави. В українському правовому полі «заручник» соціально захищений менше, окрім того законодавство України поки що не передбачає допомогу родинам «заручників».

За даними УГСПЛ (Української Гельсінської спілки з прав людини) близько 80% осіб, що були у полоні в період збройного конфлікту в Україні піддавалися тортурам. Тому, в більшості випадків, після полону ми маємо справу саме з наслідками пережитих катувань. Варто зазначити, що час перебування в полоні сам по собі дуже небезпечний щодо можливості тортур, але не кожен, хто був у полоні, піддавався катуванням. Є й такі категорії осіб, які в полоні не були, проте зазнали тортур.

Фахівці, що допомагають особам, які були в полоні або піддавалися тортурам, мають пам'ятати, що поняття «**полонений**», «**заручник**» та «**потерпілий від тортур**» не тотожні, хоча й можуть бути між собою споріднені.

Тортури і жорстоке ставлення забороняються міжнародним правом. Існує міжнародний консенсус стосовно того, що такі зловживання порушують гідність людини і не можуть бути виправдані ніякими обставинами.

ЗАБОРОНА НА ТОРТУРИ Й ЖОРСТОКЕ ПОВОДЖЕННЯ ВХОДИТЬ У ВСІ ОСНОВНІ МІЖНАРОДНІ Й РЕГІОНАЛЬНІ ДОКУМЕНТИ ЩОДО ПРАВ ЛЮДИНИ.

У міжнародному праві детально розроблені положення щодо порядку розслідування тортур і покарання за це, як за злочини. У *Декларації проти тортур, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН* у 1975 році, написано: «Жодна держава не може дозволяти й терпіти тортури чи інше жорстоке, нелюдяне або принизливе для гідності людини поводження або покарання. Виняткові обставини, такі, як, наприклад, стан чи загроза війни, внутрішня політична нестабільність або будь-яка інша виняткова суспільна необхідність не може бути використана як виправдання тортур чи іншого жорстокого, нелюдського або принизливого для гідності поводження чи покарання» [71].

З того часу таке безкомпромісне формулювання цього принципу залишається в силі. Зокрема, воно було включено в Конвенцію проти катувань. Аналогічно, в 1996 році Європейський суд із прав людини постановив:

«НАВІТЬ У НАЙВАЖЧИХ СИТУАЦІЯХ, ТАКИХ, ЯК БОРОТЬБА З ТЕРОРИЗМОМ І ОРГАНІЗОВАНОЮ ЗЛОЧИННІСТЮ, КОНВЕНЦІЯ ЗАБОРОНЯЄ АБСОЛЮТНО У ВСІХ ВИПАДКАХ ТОРТУРИ АБО НЕЛЮДСЬКЕ АБО ПРИНИЗЛИВЕ ДЛЯ ГІДНОСТІ ПОВОДЖЕННЯ ЧИ ПОКАРАННЯ, НАВІТЬ У ВИПАДКУ НАДЗВИЧАЙНОЇ СУСПІЛЬНОЇ НЕОБХІДНОСТІ, ЩО ЗАГРОЖУЄ ІСНУВАННЮ НАЦІЇ» *[там же]*.

МІЖНАРОДНІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗАКОНОДАВСТВА ІЗ ЗАПОБІГАННЯ ТОРТУРАМ

Право на захист від катувань, нелюдського та принизливого для гідності поводження, закріплене в основоположних загальнолюдських міжнародних документах:

- Загальній Декларації Прав Людини ООН, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН 10 декабря1948 р. (Стаття 5);
- Женевських Конвенціях, прийнятих Міжнародною дипломатичною конференцією в 1949 р.;
- Європейській Конвенції про захист прав людини й основних свобод, прийнятій Радою Європи у 1950 р. (Стаття 3);

- Міжнародному Пакті про громадянські й політичні права, прийнятому Генеральною Асамблеєю ООН у 1966 р. (Статті 7 та 10);
- Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або принизливих для гідності видів поводження і покарання (Конвенція проти тортур), 1984 р.;
- Європейській Конвенції з попередження тортур і нелюдяного чи принизливого для гідності поводження або покарання, Рада Європи, 1987 р.

Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських чи принизливих для гідності видів поводження і покарання (Конвенція проти тортур) була прийнята резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1984 року і, після її ратифікації двадцятьма державами-учасниками, набула чинності 26 червня 1987 року. У ній містяться визнані міжнародним правом визначення катувань і жорстокого поводження, описано межі відповідальності держав у сфері запобігання подібних зловживань і передбачається створення Комітету проти тортур.

Станом на лютий 2017 року до Конвенції приєдналася 161 держава. Україна ратифікувала Конвенцію Організації Об'єднаних Націй проти катувань 24 лютого 1987 року.

Комітет проти катувань (КПК) Організації Об'єднаних Націй – це орган із десяти незалежних експертів, що спостерігають за виконанням державами-учасниками Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або принизливих для гідності видів поводження і покарань. Усі держави-учасники зобов'язані регулярно давати Комітету доповіді щодо здійснення відповідних заходів. За певних обставин Комітет розглядає індивідуальні скарги або повідомлення індивідуальних осіб, які стверджують, що їхні права, гарантовані Конвенцією, порушені; проводить розслідування та розглядає міждержавні скарги.

Факультативний протокол до Конвенції, що вступив у силу в червні 2006 р., заснував Підкомітет із попередження катувань при ООН (ППК). У ППК є повноваження для відвідування місць позбавлення волі у держав-учасниць. Згідно з Факультативним протоколом держави-учасниці повинні заснувати незалежний національний превентивний механізм попередження катувань на національному рівні із повноваженнями для перевірки місць затримання.

Європейський Комітет із запобігання катувань був заснований Європейською конвенцією з попередження тортур і нелюдяного або принизливого для гідності поводження чи покарання. Він складається з незалежних та неупереджених членів, кількість яких відповідає числу держав, що беруть участь у Конвенції.

Організація з безпеки і співробітництва в Європі (ОБСЄ), найбільша у світі регіональна організація, що займається питаннями безпеки, робить суттєвий внесок у діяльність щодо

запобігання і ліквідації тортур та жорстокого поводження. В ОБСЄ є механізми, методи і структури, що дозволяють здійснювати як моніторинг, так, за необхідності, і втручання в окремих випадках чи у випадках неодноразових актів катувань та жорстокого поводження.

ДІЇ ОБСЄ СПРЯМОВАНІ НА ДОПОМОГУ ДЕРЖАВАМ У СФЕРАХ, ДЕ МОЖУТЬ БУТИ ПРОГАЛИНИ В ДОТРИМАННІ ЗАКОННОСТІ, НЕДЕМОКРАТИЧНІСТЬ І ПОРУШЕННЯ ОСНОВНИХ СВОБОД, ЩО МОЖЕ СТАТИ ПРИЧИНОЮ ТОРТУР І ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ.

У структурі ОБСЄ діє спеціально створена в 1997 році Консультативна Комісія із запобігання катувань. Завдання Комісії – консультування у питаннях розробки та впровадження програм і видів діяльності для боротьби з тортурами в державах-учасницях, формування стратегічного плану боротьби з катуванням та жорстоким поводженням.

Місії ОБСЄ на місцях реалізують ці програми, а також здійснюють моніторинг, опрацьовують заяви, розслідують випадки катувань і жорстокого поводження.

ДІЯ В УКРАЇНІ МІЖНАРОДНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТОРТУРАМ

У Статті 28 Конституції України стверджується: «Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або принизливому для гідності поводженню чи покаранню». Однак визначення цих термінів в українському законодавстві немає. З іншого боку, Україна є учасником Міжнародного пакту про громадянські й політичні права і першого факультативного протоколу до нього, Конвенції ООН проти катувань. У відповідності зі ст. 9 Конституції, чинні міжнародні договори є частиною національного законодавства. Ця норма міститься і в Законі «Про міжнародні договори України», стаття 17 якого вказує на пріоритет міжнародного договору стосовно норми національного закону, якщо між ними виникає колізія.

У національному законодавстві України немає спеціальних положень, що стосуються встановлення статусу і, відповідно – реабілітації жертв тортур. Перелік категорій громадян України, які мають право на отримання безкоштовних медичних послуг, соціальної допомоги, не включає жертв тортур і їхніх родичів.

Актуальне завдання сьогодення: приведення національного законодавства у відповідність із вимогами міжнародних стандартів.

ОСНОВНІ ВИЗНАЧЕННЯ

- «**Катування**» означає будь-яку дію, якою будь-якій особі навмисно заподіюється сильний біль або страждання, фізичне чи моральне, з метою отримання від неї або від третьої особи відомостей чи зізнання, покарання її за дію, яку вчинила вона або третя особа чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також залякати чи примусити її або третю особу, або з будь-якої причини, заснованої на дискримінації будь-якого характеру, якщо біль або страждання заподіюються державними посадовими особами чи іншою особою, що виступає в офіційній якості, чи через їхнє підбурювання, чи з їхнього відома або мовчазної згоди. У це визначення не включаються біль або страждання, що виникають лише в результаті законних санкцій, невіддільні від цих санкцій чи спричиняються ними випадково [28].
- **Жертвами тортур** є особи, які окремо або разом постраждали від завданої їм шкоди, включаючи фізичні або душевні травми, емоційні страждання, економічний збиток або суттєве обмеження їхніх основних прав, у результаті дій або бездіяльності, що становлять порушення положень Конвенції проти катувань. Особа повинна визнаватися жертвою незалежно від того, чи був встановлений, затриманий, підданий переслідуванню або визнаний винним той, хто вчинив порушення, незалежно від наявності родинних або інших зв'язків між жертвою й особою, що вчинила порушення. Поняття «жертва» включає і найближчих родичів або утриманців жертви та осіб, яким було завдано шкоди при втручанні з метою надати допомогу жертвам або запобігти віктимізації [40].
- **Відшкодування збитків** – комплекс заходів, необхідних для усунення порушень згідно з Конвенцією, він включає реституцію, компенсацію, реабілітацію, сатисфакцію і гарантії стосовно неповторення [*там же*].

- **РЕАБІЛІТАЦІЯ** ВИЗНАЧАЄТЬСЯ ДОКУМЕНТАМИ ООН ЯК ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ АБО НАБУТТЯ НОВИХ НАВИЧОК, НЕОБХІДНИХ У ЗМІНЕНИХ ОБСТАВИНАХ ЖЕРТВИ ПІСЛЯ КАТУВАНЬ АБО ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ. РЕАБІЛІТАЦІЯ СПРЯМОВАНА НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МАКСИМАЛЬНО МОЖЛИВОЇ АВТОНОМІЇ І ФУНКЦІОНУВАННЯ ДЛЯ ДАНОЇ ОСОБИ, А ТАКОЖ МОЖЕ ВКЛЮЧАТИ КОРЕКЦІЮ ФІЗИЧНОГО Й СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ. РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖЕРТВ ПОВИННА БУТИ СПРЯМОВАНА НА ВІДНОВЛЕННЯ, НАСКІЛЬКИ ЦЕ МОЖЛИВО, ЇХНЬОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ, ФІЗИЧНИХ, ПСИХІЧНИХ, СОЦІАЛЬНИХ І ПРОФЕСІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ, А ТАКОЖ ПОВНОГО ВКЛЮЧЕННЯ Й УЧАСТІ В ЖИТТІ СУСПІЛЬСТВА. РЕАБІЛІТАЦІЯ РОЗГЛЯДАЄТЬСЯ ЯК КОМПЛЕКС СОЦІАЛЬНОЇ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ, МЕДИЧНОЇ, ТА ПРАВОВОЇ ДОПОМОГИ [40.]

У МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ У СФЕРІ ДОКУМЕНТУВАННЯ ТА ДОКАЗІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ТОРТУР

Професіонали сфери психічного здоров'я відіграють значну роль не тільки в лікуванні та в реабілітації жертв тортур, але і в розслідуванні випадків тортур та іншої діяльності з запобігання тортур шляхом психологічної експертизи передбачуваних жертв, документування та звітності з метою використання результатів у відповідних правових процесах.

Керівництво з ефективного розслідування та документування тортур та інших жорстоких, нелюдських або принизливих для гідності видів поводження і покарання, відоме як **Стамбульський протокол** [135] (*див. Додаток б*).

Стамбульський протокол є базовим набором міжнародних керівних принципів для документування тортур та їхніх наслідків.

Цей документ став офіційним документом Організації Об'єднаних Націй у 1999 році. Незважаючи на міжнародне визнання серед експертів у галузі прав людини, відповідних міжнародних органів, обізнаність стосовно Стамбульського протоколу сьогодні ще відносно низька. Тільки дехто з фахівців, і не у всіх країнах, систематично використовує Стамбульський протокол.

ЗАГАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАТУВАНЬ ТА ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ

Особи, що вдаються до тортур і жорстокого поводження, як правило, виправдовують свої дії необхідністю отримання інформації. Така концептуалізація заважає зрозуміти мету тортур і передбачувані наслідки. **Головна мета тортур** полягає в доведенні людини до стану крайньої безпорадності й душевного страждання, що може призвести до порушення когнітивних, емоційних і поведінкових функцій (перелік методів тортур представлено у Стамбульському протоколі) [*там же*].

Катування – один зі способів посягання на основні види психологічної та соціальної активності людини. За таких обставин особи, що застосовують тортури, прагнуть не тільки до виведення людини з ладу фізично, але й до руйнування її особистості.

МЕТА ТОРТУР – «ЗНИЩИТИ» ЛЮДИНУ, НЕ ДОВОДЯЧИ ЇЇ ДО СМЕРТІ. ДО ТОРТУР ВДАЮТЬСЯ НАСАМПЕРЕД ДЛЯ ТОГО, ЩОБ ЗЛАМАТИ І ЗРУЙНУВАТИ ЛЮДСЬКУ ОСОБИСТІСТЬ. У ЖЕРТВ НАМАГАЮТЬСЯ ЗНИЩИТИ ЗДАТНІСТЬ УСВІДОМЛЮВАТИ СЕБЕ ЧАСТИНОЮ СІМ'Ї І СУСПІЛЬСТВА, А ТАКОЖ ЇХНІ МРІЇ, НАДІЇ І ПЛАНИ НА МАЙБУТНЄ.

Шляхом грубого придушення й ослаблення волі своїх жертв особи, що вдаються до тортур, лякають тих, хто пізніше спілкуватиметься з постраждалими. Таким чином, через тортури можна послабити або придушити волю та єдність цілих спільнот. Крім того, катування може глибоко зачепити особисті стосунки між подружжям, батьками, дітьми, іншими членами сім'ї та взаємини між жертвами і їхніми громадами [47].

3.2. ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛОНЕНИМ ТА ЖЕРТВАМ ТОРТУР: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖЕРТВ ТОРТУР

Реабілітація жертв тортур є важливим компонентом компенсації і правом, затвердженим міжнародними правозахисними документами.

Конвенція ООН проти катувань містить положення, згідно з якими держава має забезпечити на рівні правової системи, отримання відшкодувань жертві тортур, а також підкріплене правовою санкцією право на справедливу й адекватну компенсацію, включно з коштами, для якомога повнішої реабілітації. У випадку смерті жертви внаслідок катування право на компенсацію надається її утриманцям [28].

Зауваження загального порядку № 3 **Комітету ООН проти тортур** (2012) дає вичерпні відповіді на запитання щодо реабілітації жертв тортур. Так, держави учасниці повинні забезпечити комплексну і довготривалу систему реабілітації (п. 10-15); забезпечувати наявність та прийнятність послуг фахівців і оперативну доступність їх для жертв катувань або жорстокого поводження. Держава має створити ефективні служби і програми з реабілітації, враховуючи культурний рівень, індивідуальність, минуле і походження жертви.

Реабілітаційні служби і програми мають бути **доступними для всіх постраждалих** без будь-якої дискримінації, незалежно від особистості або статусу жертви.

У законодавстві має передбачатися створення конкретних механізмів і програм для надання реабілітаційних послуг жертвам катувань або жорстокого поводження.

Доступ до програм реабілітації надається жертвам тортур відразу ж після проведення оцінки їхнього стану кваліфікованими незалежними фахівцями-медиками і не повинен залежати від використання жертвою засобів судового захисту.

Засоби для якомога більш повної реабілітації можуть бути отримані на основі безпосереднього надання реабілітаційних послуг державою або шляхом фінансування приватних медичних, правових, психологічних та інших послуг, включно з послугами, що надаються неурядовими організаціями, у цьому випадку держава відповідає за безпеку постачальників послуг щодо репресій або залякувань. Винятково важливе значення має участь жертви у виборі постачальника послуг.

Необхідно створювати системи оцінювання ефективного здійснення програм та послуг із реабілітації, включаючи використання належних показників і орієнтирів.

У системі реабілітації жертв катувань передбачаються **процедури для аналізу й оцінки** терапевтичних та інших **потреб** окремих осіб; ефективне розслідування та документування тортур та інших жорстоких, нелюдських або принизливих для гідності видів поводження і покарання [135].

Оскільки тортури завжди спрямовані на руйнування особистості, позбавлення її відчуття безпеки, стабільності, почуття довіри до себе і світу, то **основними завданнями реабілітації постраждалих є**:

1. **Забезпечення базових потреб і стабілізація ситуації** (продукти харчування, житло, медична допомога, відновлення документів тощо). Цей процес може бути складним і тривалим, особливо для осіб, що були змушені виїхати на інше місце проживання. Однак, якісне проведення таких заходів, веде до відновлення довіри, до зменшення страхів і рівня тривоги в потерпілого.

2. **Відновлення зв'язків у родині та в суспільстві**. Тортури руйнують зв'язки людини з іншими людьми. Ті, хто пережив тортури, часто прагнуть до самоізоляції, оскільки відчувають себе такими враженими, що сили для відновлювання близьких стосунків з іншими людьми в них немає. До того ж тортури – це завжди ситуація навмисного заподіювання страждань однією людиною іншій, що руйнує довіру до інших людей і до суспільства.

ПРОЦЕС ВІДНОВЛЕННЯ ДОВІРИ ДО СВІТУ ТА ДО ІНШИХ ЛЮДЕЙ МОЖЕ БУТИ ТРИВАЛИМ І СКЛАДНИМ, ВИМАГАТИ ВЕЛИЧЕЗНИХ ВНУТРІШНІХ РЕСУРСІВ ПОТЕРПІЛОГО.

У процесі повернення довіри до суспільства важливу роль відіграє отримання сатисфакції, для чого необхідно допомогти людині отримати доступ до правосуддя та поінформувати про її права.

3. **Відновлення самоідентичності й сенсу життя.** Пережитий травмівний досвід часто проводить межу між минулим і майбутнім. Життя розділяється на два етапи – до полону і після. Руйнування зв'язку з минулим життям часто призводить до втрати колишніх смислів і ресурсів. Людина фактично опиняється у вакуумі, без опори на минуле. Активна соціальна діяльність може допомогти впоратися з цими переживаннями, однак часто виявляється, що колишня професійна діяльність для людини стає недоступною через низку об'єктивних і суб'єктивних причин. У такому випадку корисно допомогти постраждалому сформувати нові навички, отримати нову спеціальність, знайти нові захоплення.

4. **Відновлення людської гідності.** Однією з найважливіших загальнолюдських цінностей є життя людини. Війна з притаманними їй такими страшними атрибутами як тортури і полон спрямована на знецінення людського життя. Честь і гідність, правосуддя та справедливість – це те, на руйнування чого в першу чергу спрямовані катування і жорстоке поводження. Постраждалі певний час перебувають у ситуації неможливості і повної відсутності контролю. Ті, хто пережив полон, можуть страждати від почуття сорому за перенесені знущання або почуття провини за те, що вижили.

> СОЦІАЛЬНИЙ ПРАЦІВНИК МАЄ НАГАДУВАТИ ПОТЕРПІЛИМ ПРО ТЕ, ЩО МИНУЛОГО – НЕ ВИПРАВИТИ, АЛЕ В НОВОМУ ЖИТТІ В ЛЮДИНИ, ЩО ПЕРЕЖИЛА ПОЛОН Є ПРАВА: **НА СПРАВЕДЛИВІСТЬ, НА ЖИТТЯ, НА ПРАВОСУДДЯ**. ЖИТТЯ ЛЮДИНИ – НАЙБІЛЬША ЦІННІСТЬ!

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ТОРТУР

1. У жертв катувань є психологічні, соціальні, медичні й юридичні проблеми, тому в світовій практиці програми психологічної допомоги використовують **міждисциплінарний підхід**.

   Реабілітаційна система може включати низку міждисциплінарних заходів, таких як медичні, фізичні та психологічні реабілітаційні послуги; реінтеграційні та соціальні послуги; допомога й послуги орієнтовані на адаптацію в суспільство та родину; професійне навчання; освіта тощо.

2. Реабілітація жертв тортур організовується відповідно з **біо-психо-соціальним принципом**, а саме: в першу чергу допомога спрямовується на підтримку та розширення функціональності особи, що пережила катування, а вже потім на зниження симптомів та опрацювання травмівного матеріалу.

3. Винятково важливе значення має **принцип врахування сили і стійкості** жертви, проте потрібно пам'ятати, що потерпілі можуть бути схильні до вторинної травматизації і відчувати обґрунтований страх перед діями, що нагадують їм про пережиті катування або жорстоке поводження. Відповідно, пильну увагу слід спрямовувати на створення атмосфери довіри та підтримки потерпілих. У випадку необхідності послуги, що надаються, можуть бути конфіденційними.

4. Система реабілітації жертв тортур організовується на основі **принципу комплексності.** Це зумовлено тим, що наслідки катувань проявляються на різних рівнях функціонування особистості. Умовно наслідки тортур можна розділити на фізичні, психічні/психологічні і соціальні.

Мета комплексної реабілітації: допомога людям, що пережили тортури, по-новому побудувати своє життя, відчути себе знову здоровими, захищеними й цілісними особистостями.

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПРЯМОВАНА НЕ ЛИШЕ НА ЗМІЦНЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, СТАБІЛІЗАЦІЇ СТАНУ, АЛЕ Й НА ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ВІДНОВЛЕННЯ ВІДЧУТТЯ САМОДОСТАТНОСТІ В ОСОБИСТОСТІ, ЩО ПІДДАВАЛИСЯ НАСИЛЬСТВУ, І, ЯК НАСЛІДОК, НА НОРМАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ В СУСПІЛЬСТВІ Й ЗДОРОВІ СТОСУНКИ В РОДИНІ.

СКЛАДОВІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОЛОНЕНИХ І ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ТОРТУР

1. **Медична підтримка і лікування.** Сюди включають як першу медичну допомогу, безпосередньо пов'язану з отриманими фізичними травмами, так і подальшу допомогу в лікуванні хронічних захворювань. Важливо також у подальшому спостерігати за станом здоров'я й надавати допомогу та підтримку в лікуванні й обстеженні інших проблем зі здоров'ям.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА – ПЕРВИННИЙ ЕТАП РЕАБІЛІТАЦІЇ, ОДНАК, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ІСТОТНО ВПЛИВАЄ НА ЗДАТНІСТЬ ДО ЗЦІЛЕННЯ.

Навіть після успішного лікування, можлива поява нових захворювань психосоматичного характеру, на тлі пережитих психічних страждань.

2. **Правова допомога.** Людині, що пережила тортури може бути потрібна допомога у відновленні особистих документів, отриманні правового статусу для реалізації її права на медичну допомогу та освіту. Важливим аспектом реабілітації є й реалізація права на доступ до правосуддя.

3. **Соціальна допомога.** Постраждалі можуть потребувати допомоги й підтримки у вирішенні низки практичних питань.

ТОРТУРИ РУЙНУЮТЬ БАЗОВУ ДОВІРУ ДО СВІТУ, ТОМУ ЧАСТО ПІСЛЯ ПЕРЕЖИТИХ ТРАВМ, ЛЮДИ СТАЮТЬ СОЦІАЛЬНО БЕЗПОРАДНИМИ.

До того ж, бувають ситуації, коли після перенесених тортур люди переїжджають на нове місце, що посилює їхній загальний стан тривоги. Соціальна допомога в таких випадках може полягати в наданні допомоги в отриманні житла, пенсії, допомоги або виплат, допомоги в пошуку роботи, надання екстреної фінансової підтримки для придбання їжі й одягу, захист інтересів дітей у школах.

ОДНИМ ІЗ ВАЖЛИВИХ ЗАВДАНЬ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА Є ДОПОМОГА ЛЮДИНІ, ЩО ПЕРЕЖИЛА КАТУВАННЯ ЧИ ПОЛОН, ЗРОЗУМІТИ, ЩО ВОНА НЕ САМОТНЯ І ЦІННА ДЛЯ СУСПІЛЬСТВА. А ТАКОЖ НАВЧИТИ ЇЇ ОЦІНЮВАТИ ВЛАСНІ ПОТРЕБИ І ШУКАТИ ЗАСОБИ ДЛЯ ЇХНЬОГО ЗАДОВОЛЕННЯ.

4. **Психологічна допомога.** Для психологічної реабілітації жертв катувань поєднують психологічну допомогу (можлива як індивідуальна, так і групова психотерапія), фармакотерапію та психосоціальну підтримку. Необхідно пам'ятати, що досвід, пережитий кожною конкретною людиною, що зазнала тортур, унікальний. Психічний та психологічний стан після пережитого стресу залежить від характеру тортур і тривалості їхнього застосування; статі та віку особи, що зазнала тортур; властивостей особистості;

попереднього життєвого досвіду; підтримки членів сім'ї і друзів після повернення людини з полону та низки інших чинників. Тому важливо не формалізувати надання допомоги, а шукати індивідуальний підхід до кожного постраждалого.

Потреби у людей, що пережили тортури і полон можуть бути різні, але важливо, надаючи допомогу, дотримуватися **принципу комплексності**. Спочатку необхідно соціальному працівникові **оцінити ситуацію**, в якій перебуває людина, а також визначити її потреби. Оцінювати потреби потрібно разом із потерпілим, який має бути залучений до вибору форми допомоги. Якщо в постраждалого є сім'я, необхідно також уточнити потреби членів родини (вони також психологічно травмовані і потребують підтримки).

Сім'я для того, хто пережив тортури й полон, може бути не тільки підтримкою, але й подразником, що зв'язує його з минулим, із тим, що він намагається забути. Дуже часто після полону, в сімейних стосунках виникають проблеми і непорозуміння. Члени родини травмовані пережитим і не завжди знають, як підтримати одне одного. При цьому кожен із них потребує допомоги, але боїться її попросити в інших. І в результаті можливе емоційне відсторонення близьких людей одне від одного.

Коли соціальний працівник проводить **аналіз потреб усієї сім'ї**, то має бути готовий до того, що зіткнеться з абсолютно різними уявленнями у членів родини про те, хто чого потребує. Завдання соціального працівника – визначити список потреб кожного члена родини, провести їхню оцінку та ранжування. Якщо визначені потреби членів родини не вдається привести до спільного знаменника, але всі вони відповідають логіці й здоровому глузду, то необхідно працювати з кількома списками.

ПІДТРИМКА ВСІЄЇ РОДИНИ, А НЕ ТІЛЬКИ ТОГО, ХТО ПЕРЕЖИВ ТОРТУРИ, ВІДІГРАЄ ВАЖЛИВУ РОЛЬ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ВАЖЛИВО, ЩОБ ТАКА ПІДТРИМКА ЗДІЙСНЮВАЛАСЯ НЕ ТІЛЬКИ СОЦІАЛЬНИМ ПРАЦІВНИКОМ, АЛЕ Й ПСИХОЛОГОМ. ЗДОРОВА АТМОСФЕРА В РОДИНІ – ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ ЕЛЕМЕНТІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ.

Резюмуючи сказане, хочеться ще раз відзначити, що соціально-психологічна допомога людям, які пережили полон, передбачає комплексний підхід. Це процес тривалий, і для його реалізації необхідна наявність мультидисциплінарної команди фахівців. Робота, проводиться з участю людей, що пережили тортури, заснована на повазі до потерпілого, співчутті й повазі до вибору клієнта.

Полон і тортури передбачають позбавлення людини можливості контролювати та відповідати за своє життя. Тому спільна робота фахівців із клієнтом над планом реабілітації та швидкістю перебігу процесів, допомагає повернути контроль і впевненість у власних

рішеннях, віру у власні сили для подолання перешкод. Завдання того, хто надає підтримку, інформувати людину про її права і можливості, бути поруч, але не приймати за неї рішення.

КОНТРОЛЮВАТИ ПЛАН ДОПОМОГИ, ЗАХОДИ, ШВИДКІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ МАЄ ЛЮДИНА, ЩО ПЕРЕЖИЛА ТОРТУРИ Й ПОЛОН. ЗБЕРЕЖЕННЯ КОНТРОЛЮ І ПРАВА ВИБОРУ ЗА ПОТЕРПІЛИМ Є ВАЖЛИВОЮ ЧАСТИНОЮ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ.

МОДЕЛІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ВІД ТОРТУР

Є багато різних підходів до надання психологічної допомоги людям, що пережили полон та тортури. У різних центрах поєднують різні методи адаптовані для жертв тортур. Найбільше розповсюджені травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, поведінкова терапія, тілесно-орієтована та експозиційно-наративна терпія.

Здебільшого з потерпілими від тортур працюють індивідуально. Проте деякі програми включають групову терапію, що надає можливості для розвитку довіри і створення додаткової мережі соціальної підтримки.

Розглянемо відомі у світі **моделі допомоги потерпілим від тортур** [28].

КОРОТКОСТРОКОВА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ВІД ТОРТУР

Ця модель була створена у 1993 році в Данії на базі притулку для біженців (за підтримки Червоного Хреста).

Основна мета терапії: можливість повернути контроль над власним життям; активізувати якомога більше ресурсів, що були до травмівного досвіду.

Модель включає поєднання пролонгованої експозиційної та тілесно-орієнтованої терапії (за Пітером Левіним), а також низку методів, що допомагають контролювати тілесні реакції на травму, посилюють здатність долати труднощі, пов'язані з травмою.

Дослідження показують, що навіть якщо клієнти не відчувають помітного зниження симптомів, багато з них знаходять нові ефективні способи подолання болю [40; 69].

ІНТЕРГРАТИВНА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ВІД ТОРТУР
(ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖЕРТВ ТОРТУР, БЄЛГРАД)

У бєлградському реабілітаційному центрі психотерапевти працюють разом із лікарями та психіатрами, оскільки використання фармакотерапії призводить до специфічних ефектів.

Фахівці застосовують різні форми індивідуальної та групової психотерапії, які визначають залежно від освіти і вибору психотерапевта й індивідуальних особливостей клієнтів. Зокрема, в більшості терапевтів центру є додаткова освіта в когнітивно-поведінковому підході та EMDR.

Незалежно від концептуальної моделі, **мета терапії** у випадках ПТСР, стосовно клієнтів, що пережили катування, є однаковою:

- зменшення симптомів вторгнення і схильності інтерпретувати стимули як повернення травми;
- ослаблення симптомів оніміння й уникання;
- поліпшення емоційнго стану;
- зменшення фізичного роздратування як реакції на травмівні спогади;
- зниження імпульсивності й психотичних або дисоціативних симптомів, якщо такі є [71].

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПОТЕРПІЛИМ ВІД ТОРТУР У ГРУЗИНСЬКОМУ ЦЕНТРІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

У Грузинському центрі психосоціальної допомоги висококваліфіковані спеціалісти надають потерпілим психологічні, психіатричні й психотерапевтичні послуги. План допомоги розробляє мультидисциплінарна команда фахівців, що здійснює й моніторинг прогресу в процесі лікуванні та реабілітації.

Психіатричні послуги включають діагностику психічних розладів, консультування, і, у випадку необхідності, направлення клієнтів у спеціалізовані психіатричні заклади.

Психологічні послуги включають: інтерв'ювання, психодіагностику, оцінювання стану клієнтів та індивідуальне, групове або сімейне психологічне консультування (для дітей, підлітків і дорослих).

У центрі використовуються такі методи психологічної допомоги: травмаорієнтована когнітивно-поведінкова терапія, пролонгована експозиційна терапія, короткотривала еклектична психотерапія і терапія соматичних переживань [40].

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ВІД ТОРТУР В УКРАЇНІ

За офіційними даними за 2014-2016р. в Україні з полону було звільнено понад 3500 осіб; усе ще перебувають у полоні 109 осіб; зниклими без вісти вважається 690 осіб, з яких 317 – мирні громадяни. За даними Служби безпеки України, станом на початок лютого 2018 року на Донбасі незаконно утримувалося 108 українських громадян.

> ОСОБЛИВІСТЮ УКРАЇНСЬКОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО ЗАРУЧНИКІВ І ПОЛОНЕНИХ Є ТЕ, ЩО ПОРЯД ІЗ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИМИ ЧЕРЕЗ ТОРТУРИ І ПОЛОН ПРОХОДИТЬ БАГАТО МИРНИХ ГРОМАДЯН (В ОСНОВНОМУ МІСЦЕВИХ ЖИТЕЛІВ ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ).

Фактично всі особи, що були в полоні, пережили ті чи інші форми тортур, проте, незважаючи на масштаби цієї проблеми, державної програми комплексної соціально-психологічної допомоги та реабілітації в Україні сьогодні все ще немає. Реабілітаційні послуги в основному лягли на плечі волонтерів та неурядових організацій.

До 2014 року психологічну допомогу потерпілим від тортур в Україні надавали на базі Міжнародного медичного реабілітаційного центру для жертв воєн і тоталітарних режимів. Починаючи з 2014 року масштаби проблеми зросли. В Україні не вистачало спеціалістів із потрібною кваліфікацією, тому у 2014-2016 роках психологи Грузії, Польщі, Франції, Сербії, США провели низку тренінгів із питань організації допомоги потерпілим від тортур.

Сьогодні в Україні кваліфікована психологічна допомога надається на базі кількох організацій, а саме: Міжнародного реабілітаційного центру для жертв воєн та тоталітарних режимів, Міжнародної організації HealthRight International («Право на здоров'я») та ГО «Блакитний птах». Розглянемо систему психологічної допомоги вищезазначених організацій.

МІЖНАРОДНИЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР ДЛЯ ЖЕРТВ ВОЄН ТА ТОТАЛІТАРНИХ РЕЖИМІВ (МРЦ). Для розвитку мотивації пацієнта для реабілітації та подолання або зменшення проявів нервово-психічних розладів (ПТСР), корекції особистісних характеристик у Центрі проводять психологічне діагностування та психологічне консультування; психодинамічну терапію, системний аналіз, когнітивно-поведінкову та когнітивно-аналітичну терапію, гештальттерапію. Тут також проводиться психологічна оцінка та готуються рекомендації експертів для суду (http://www.kmrc.org).

Особлива увага у цьому закладі надається **соматичній терапії** психічної травми (тілесно-орієнтований підхід, заснований на вивченні нормальної інстинктивної поведінки у

випадку травми). У соматичній терапії використовуються природні можливості людини до самозцілення, до саморегуляції, опора на внутрішні ресурси її організму. Соматична терапія включає широке коло технік роботи з відчуттями, що дозволяє змінити осмислення значимого для потерпілого досвіду.

ПРЕДСТАВНИЦТВО МІЖНАРОДНОЇ ОРГАНІЗАЦІЯ HEALTHRIGHT INTERNATIONAL (ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я) **В УКРАЇНІ.** Починаючи з липня 2015 року психологи Представництва міжнародної організація HealthRight International (Право на здоров'я) в Україні почали надавати послуги спрямовані на охорону психічного здоров'я осіб, що потерпіли від тортур та членів їхніх родин. Це такі послуги: психодіагностика, психоедукація, мотиваційне консультування, індивідуальна короткострокова та групова терапія потерпілих від тортур та членів їхніх родин, телефонне консультування. Фахівці організації працюють під супервізією провідних фахівців США по роботі з жертвами тортур. Психологи Представництва консультують потерпілих від тортур військовослужбовців на базі стаціонарного Центру медико-психологічної допомоги учасникам АТО та ООС при ДУ «Інститут медицини праці та професійних захворювань», де робота ведеться у тісній співпраці з лікарями. Переважно використовуються наративна експозиційна терапія, арт-терапія, травмофокусована терапія.

ГО «БЛАКИТНИЙ ПТАХ» неприбуткова, неурядова організація, що працює в рамках надання комплексної соціально-психологічної допомоги людям, які пережили тортури і полон, членам їхніх сімей, а також сім'ям зниклих без вісти. З 2014 р. діяльність членів організації спрямована на допомогу в пошуку зниклих без вісти людей, яких незаконно утримують у місцях несвободи в контексті військового конфлікту на Донбасі. Нині у базі даних ГО «Блакитний птах» міститься інформація про 690 мирних громадян, незаконно затриманих у зоні АТО (ООС). Ці цифри не остаточні – збір, обробка та перевірка даних триває, ведеться моніторинг і аналіз інформації, що надходить. Перевірена інформація публікується на сайті з пошуку зниклих без вісти http://hostage.org.ua/.

Сфери діяльності ГО «Блакитний птах»:

- надання професійної психологічної допомоги й підтримки;
- проведення медичного обстеження і допомога у придбанні медикаментів;
- соціально-психологічний супровід;
- юридична допомога потерпілим;
- збір інформації про тих, хто пропав без вісти і заручників, ведення бази даних і допомога рідним у пошуку;
- громадський контроль правоохоронних органів;
- проведення навчальних заходів стосовно роботи з психологічною травмою.

Психологи ГО «Блакитний птах», проводять консультування з особистих питань, ведуть кожного підопічного до зцілення, допомагають їм у відновленні та формуванні життєво важливих якостей, втрачених у полоні. Психологічна та психотерапевтична робота проводиться в основному з використанням елементів когнітивно-поведінкової терапії, експозиційної наративної терапії, арт-терапії, системної терапії, інтенсивної травматерапії, бодинаміки, тілесно-орієнтованої терапії, епістемологічної метафори.

У межах надання комплексної допомоги людям, що пережили полон, і членам їхніх сімей фахівці ГО «Блакитний птах» включаються в роботу на будь-якій стадії процесу: від моменту допомоги родичам у подачі заяв, коли їхню близьку людину тільки викрали, до проведення комплексної соціально-психологічної допомоги людям після їхнього виходу з полону. Алгоритм допомоги жертвам полону та тортур подано у *Додатку 7*.

3.3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПОЛОН ТА КАТУВАННЯ

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ТОРТУР

Варто зауважити, що культура звернень до психологів в українців низька. У суспільстві й досі розповсюджений міф про тотожність понять «психологія» та «психіатрія», «психотерапевт» та «психіатр». У зв'язку з цим у постраждалих інколи виникають хибні уявлення про те, що визнання психологічних труднощів і звернення до психолога означає «божевілля».

Тому не дивно, що в потерпілих від тортур «**біль із душі переходить у тіло**», що проявляється в психосоматичних розладах. Замість психологічної підтримки люди обирають медичну допомогу, соматичні та лабораторні дослідження. Лише якісна психологічна просвіта та системна реабілітація можуть поступово зруйнувати упередження щодо психологічної допомоги.

ТОРТУРИ – ЦЕ ГІПЕРЕКСТРЕМАЛЬНА СИТУАЦІЯ, ЩО ПРИЗВОДИТЬ ДО ВАЖКИХ ПСИХІЧНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ НАСЛІДКІВ НЕЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСОБИ ДО КАТУВАНЬ.

Психологічні наслідки тортур розвиваються у контексті особистого сприйняття ситуації, рівня розвитку особистості та соціальних, політичних і культурних чинників. Не всі форми катувань мають однакові наслідки. Наприклад, психологічні наслідки імітації смертної кари відрізняються від наслідків сексуального насильства; не можна стверджувати, що наслідки утримання під вартою на дорослого впливатимуть так само, як і на дитину.

Разом із тим певні групи симптомів і регулярних проявів психологічних реакцій регулярно відзначаються і документуються щодо осіб, що стали жертвами тортур. Зокрема, зазначимо, що для багатьох людей, які пережили тортури, характерні страх і недовіра до людей, наділених владою, зокрема, до лікарів і психологів. Цей факт необхідно враховувати тим, хто бере участь в організації допомоги і реабілітації потерпілих. Поряд із зазначеними симптомами постраждалі потерпають і від проблем на роботі, у сім'ї, в стосунках.

У міжнародній практиці головним керівництвом для роботи з людьми, що піддавалися тортурам є Стамбульський протокол або ж Керівництво з ефективного розслідування і документування тортур та інших жорстоких, принизливих для гідності видів поводження та покарання [135].

Психотерапевти на основі особистого досвіду неодноразово робили спроби визначити та ідентифікувати специфічний розлад спричинений катуваннями, так званий **«синдром тортур»**, але це не було підтверджено емпірично. В сучасній науковій літературі з питань тортур та їхніх психологічних наслідків є різні, іноді суперечливі поняття, пов'язані з роллю інтенсивності або специфікою стрес-чинників стосовно розвитку ПТСР [71].

Наразі не доведено, що «унікальні» розлади в результаті впливу тортур відмінні від розладів спричинених іншими психотравмівними подіями.

> КАТУВАННЯ, ОДНАК, ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ВІД ІНШИХ ФОРМ ТРАВМІВНОГО ВПЛИВУ, ОСКІЛЬКИ – ЦЕ КРАЙНІЙ ВИЯВ НАСИЛЬСТВА, ЯК ФІЗИЧНОГО, ТАК І ПСИХОЛОГІЧНОГО, ЩО В БІЛЬШОСТІ ВИПАДКІВ МАЄ СПЕЦИФІЧНИЙ СОЦІАЛЬНИЙ І ПОЛІТИЧНИЙ КОНТЕКСТ, А ТАКОЖ ЧІТКУ ПОЛІТИЧНУ МЕТУ.

Хоча посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) найбільше розповсюджений наслідок тортур, багато дослідників сходяться на думці, що перелік симптомів ПТСР не достатній, аби описати наслідки катувань [106].

Більшість авторів, які працюють із жертвами катувань погоджуються, що ПТСР не охоплює всі симптоми клінічної картини постраждалих. Доктор Дж. Лансен, аби охопити всю симптоматику жертв таких екстремальних травм як тортури, запропонував діагностичну категорію «**комплексний синдром ПТСР**».

КОМПЛЕКСНИЙ СИНДРОМ ПТСР ПЕРЕДБАЧАЄ НАЯВНІСТЬ ХРОНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ, ЗАТЯЖНОЇ ДЕПРЕСІЇ, ВАЖКУ РЕГРЕСІЮ, АНГЕДОНІЮ Й АЛЕКСИТИМІЮ, А ТАКОЖ СХИЛЬНІСТЬ ДО ПОВТОРНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ НА ФОНІ ВТРАТИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА ГЛИБИННИХ СОЦІАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ПОТЕРПІЛОГО [70].

На основі наявної, емпірично підтвердженої, документації щодо зв'язку між стресом та дисоціативними розладами можна стверджувати, що найбільш радикальні форми травмівного досвіду, включно з досвідом катувань, призведуть до більш інтенсивної дисоціативної симптоматики, ніж інші форми травмівного досвіду.

Незбагненно жорстокі, принизливі види фізичних та психологічних тортур (у контексті абсолютної невизначеності, відчуття повної безпорадності і відсутності контролю над подіями) перешкоджають своєчасному опрацюванню та свідомій інтеграції в життєву історію пережитого. Подібний досвід, зазвичай, важко інтегрується в пам'ять та ідентичність потерпілого, що спричиняє витіснення та фрагментарність у сприйнятті травмівних подій. Пережите призводить до дисоціативних розладів, а також до глибоких дезінтеграційних явищ, таких як деперсоналізація, і навіть до формування різних его-станів, що містять окремі когнітивні, афективні й поведінкові структури [106].

Потенційні наслідки тортур впливають не тільки на особистість постраждалого, але й на його родину та суспільство загалом. На особистісному рівні катування є надзвичайно травмівною подією, і може викликати безпосередні реакції паніки, перебільшеного страху смерті, відчуття втрати фізичної та психологічної цілісності [135]. Пережиті тортури впливають і на когнітивну, емоційну та поведінкову сферу – людина тривалий час переживає ситуацію, коли звичайні, прийняті в суспільстві стратегії поведінки можуть призвести до додаткової агресії збоку кривдника, тому доводиться формувати інші стратегії поведінки, щоб вижити.

ПІСЛЯ ЗВІЛЬНЕННЯ З ПОЛОНУ В ПОТЕРПІЛОГО ТРИВАЛИЙ ЧАС МОЖУТЬ ЗБЕРІГАТИСЯ НАБУТІ В ПОЛОНІ СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ, ЩО ЧАСТО ПРИЗВОДИТЬ ДО ДОДАТКОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПРОЦЕСІ ПОВЕРНЕННЯ ДО ЖИТТЯ В СУСПІЛЬСТВІ.

Доволі розповсюдженим наслідком тортур є **втрата ідентичності** та приналежності до різноманітних груп. Такий психологічний симптом формується внаслідок тривалої загрози, коли ідентичність може стати причиною агресії кривдника та додатковим засобом для маніпуляції. Людина відмовляється від приналежності до тієї чи іншої групи, щоб мати якомога менше ризиків та причин для вразливості [28].

Важливо звернути увагу на певні **відмінності між ПТСР та розладами внаслідок катувань**. Важливо пам'ятати, що тортури включають унікальний міжособистісний компонент, зі специфічними стосунками та ролями.

ТОРТУРИ – ЦЕ ДІЇ, ЩО УМИСНО ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ОДНІЄЮ ЛЮДИНОЮ ЩОДО ІНШОЇ, КОЛИ В КАТА ЗАВЖДИ Є НЕОБМЕЖЕНА ВЛАДА ТА КОНТРОЛЬ НАД ЖЕРТВОЮ, А ЖЕРТВА БЕЗПОРАДНА, І В НЕЇ НЕМАЄ ЖОДНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЗАХИСТИТИ СЕБЕ.

Тортури – це найстрашніша форма зла, що запускає в постраждалого механізми руйнування базової довіри до світу [106]. Під час тортур у заручника часто виникає «**дилема вибору**», коли людина може бути покарана за будь-яку вчинену або не вчинену дію чи прояв. Тому полонений намагається обмежувати свої дії, що допомагає йому вижити в полоні, але після звільнення ускладнює соціалізацію.

Надзвичайно інтенсивно в людей, що пережили полон, проявляється **комплекс провини та сорому**. Оскільки, під час полону, заручники можуть піддаватися приниженню та жорстоким діям, потерпілі схильні ідентифікувати себе з вчиненими над ними принизливими діями «**зі мною зробили щось погане, отже я теж поганий**» (*М. Індарт*).

У потерпілих часто з'являється **почуття провини за власні дії та реакції** *(я поводився/поводилася не гідно, я зрадив своїх, свою батьківщину, виконав принизливу вимогу тощо)* і **почуття провини за те, що вижив**. При цьому у військових спостерігається значно суттєвіша інтенсивність проявів сорому та провини, ніж у цивільних заручників.

Комплекс провини накопичується тому, що для декого з потерпілих провина – єдина можливість не визнавати ситуацію своєї абсолютної вразливості. Наприклад, *«якщо я винен, значить я зробив щось не так і потрапив у таку ситуацію*. Це означає, що я все ж таки якось впливав на її виникнення». Несвідомо потерпілий намагається повернути собі хоча б хибне відчуття контролю над власним життям. Окрім того, в людей, що пережили полон, формується так званий **парадокс контролю**. Під час утримання особистість випрацьовує нові стратегії виживання: контроль власних почуттів, дій та емоцій. Після звільнення з полону названі механізми продовжують функціонувати. Наприклад, потерпілий намагається утримувати власний гнів – але в полоні це не допомагає йому вижити, а лише погіршує його стан. У роботі з такими випадками важливо допомогти клієнтові поступово повертати реальне конструктивне відчуття контролю у власному житті.

Розповсюджена стратегія подолання наслідків тортур – **уникнення** близького спілкування та **ізоляція** від суспільства. У потерпілого виникає ілюзія, що так чином він може зцілитися від травм та вберегтися від повторної травматизації. Але дуже важливо постраждалому

пояснити, що оскільки травми, які він отримав, були спричинені людьми, **зцілитися можна лише в контакті з іншими людьми**.

Не варто знецінювати біль та почуття людини, що пережила полон, будь-який контакт має бути екологічним та дозованим, з урахуванням потреб та особливостей психологічного стану постраждалого.

Факт насильницького утримання може глибоко вплинути на родину потерпілого, на близькі стосунки між подружжям, батьками та дітьми. Інші члени сім'ї також травмовані й не завжди можуть підтримати постраждалого, оскільки, по-перше, вони самі потребують підтримки, а, по-друге, близькі люди, зазвичай, надто сильно включаються в травмівну ситуацію і не завжди можуть помогти іншому. В родині потерпілого можуть змінитися ролі та взаємини: втрачається довіра одне до одного та до світу загалом, що приводить до бажання надмірного контролю та опіки, іноді в обох членів подружжя. Постраждалі часто стають надзвичайно чутливими і нетерпимими до будь-яких проявів контролю, але хочуть контролювати своїх рідних, тримати під контролем ситуацію, що може викликати додаткові непорозуміння. Родині потрібно пояснювати причину такої поведінки, це допомагає зменшити рівень тривожності та напруження.

Робота з подружжям, особливо на перших етапах, суттєво відрізняється від традиційної сімейної терапії.

> ДРУЖИНУ (ЧОЛОВІКА) ОСОБИ, ЩО ПІДДАВАЛАСЯ ТОРТУРАМ, ВАРТО ЗАЛУЧАТИ ДО ТЕРАПІЇ ЯК ПОМІЧНИКА ТА РЕСУРС. ПРОТЕ ЦЕ НЕ ЗАВЖДИ МОЖНА РЕАЛІЗУВАТИ, ОСКІЛЬКИ ПАРТНЕРИ ПОТЕРПІЛИХ ЧАСТО САМІ ПОТРЕБУЮТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Важливо, щоб **члени сім'ї**:

- були обізнані щодо психологічних особливостей ситуації;
- навчилися говорити про власні переживання;
- визначили тригери та ситуації, що викликають додаткову травматизацію;
- відпрацювали стратегію подолання кризи (головним інструментом тут буде посилення вже наявного потенціалу родини).

Часто члени родини переживають **відчуття втрати**: адже вони чекали близьку людину, хвилювалися за неї, думали, що звільнення з полону стане завершенням негараздів, а в реальності все відбувається інакше. Коли хтось перебуває в полоні, близькі відчувають фізичну відсутність, але психологічну присутність рідного. Його чекають, все що

відбувається в сім'ї, пов'язується з ним, навіть можуть відкладатися ключові родинні події до моменту його повернення. Але коли людина повертається з полону, рідні зустрічаються з новими випробуваннями. Нерідко члени родин говорять про фізичну присутність звільненого з полону, але про його відсутність психологічну. Дружини потерпілих часто говорять: *«Я його чекала… Я знала що ми будемо щасливі, тільки тоді, коли він повернеться… А зараз він вдома, але я його не відчуваю… Він часто мовчить, таке відчуття ніби це не він... або ж він знаходиться в іншому місці... Мені так важко, наче я його втратила»*. В такі моменти дружина ще й відчуває провину: *«Я мала б радіти, що він звільнений і живий…, а я ввесь час сумую, бо таке відчуття, що я втратила його назавжди»*.

В такій ситуації важлива психологічна просвіта для нормалізації та легалізації почуттів.

Досвід екстремального насильства, жорстокості, несправедливості і приниження породжує сильні агресивні та сповнені помсти імпульси в жертви. Ці імпульси вступають у конфлікт із системою моральних цінностей особистості – відбувається витіснення, розщеплення або проектування назовні. Працюючи з клієнтами, що пережили катування, ми можемо зустрічатися з цим явищем. Ця можливість зростає, якщо болючий досвід тортур накладається на дитячі переживання травми, переслідування й несправедливості, що також може породжувати потребу помсти. Така динаміка може призвести до порочного кола, що перешкоджає зціленню потерпілого [106].

ОСОБЛИВОСТІ СТОСУНКІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА ТА ПОТЕРПІЛОГО ВІД ТОРТУР

Професіонали говорять про модифікацію класичних психотерапевтичних стосунків терапевта та клієнта, що постраждав від катувань. У таких взаєминах важко встановити класичний нейтралітет, психотерапевт має забезпечити правовий захист і підтримку постраждалому.

БАЙДУЖІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ЩОДО КЛІЄНТА, ЯКИЙ ПЕРЕЖИВ КАТУВАННЯ – ОЗНАКА СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ, А НЕЙТРАЛІТЕТ ТЕРАПЕВТА – СВІДЧЕННЯ ЗАХИСТУ ВІД ПОЧУТТЯ СТРАХУ, БЕЗПОРАДНОСТІ АБО БЕЗСИЛЛЯ. НЕЙТРАЛЬНЕ СТАВЛЕННЯ ДО КЛІЄНТА, ЩО ПЕРЕЖИВ ТОРТУРИ, МОЖЕ ВИЯВИТИСЯ ШКІДЛИВИМ: НЕ ДОСТАТНЬО ЕМПАТІЙНОГО ТЕРАПЕВТА КЛІЄНТ МОЖЕ СПРИЙМАТИ ЯК НОВОГО МУЧИТЕЛЯ.

Під час терапії потерпілі часто демонструють потребу відкритої підтримки, емпатійності терапевта. Завжди, особливо на початку терапії, постраждалим потрібна **психологічна просвіта**, щоб пояснити суть проблеми, особливості та мету терапії. Уже протягом перших інтерв'ю з жертвою катувань необхідно визначити терміни проведення сесій, сказати, наскільки важлива кожна сесія [106].

На початковому етапі терапії метою є встановлення **елементарної безпеки** та поступове **відродження базової довіри**. Опрацювання травмівного досвіду в цій фазі може бути несприятливим. Є ризик, що терапія припиниться передчасно, адже потерпілому важко бути в контакті з джерелом болю і нестерпною тривогою через недостатньо безпечний простір та стосунки з терапевтом. Важливо, щоб терапевт турбувався про об'єм травмівного досвіду, який розкривається протягом однієї сесії.

Перебіг терапії з жертвами тортур ускладнений, часто результати бувають доволі обмежені, насамперед тому, що була зруйнована «базова довіра» потерпілого, і йому важко відчувати безпеку в контакті з терапевтом. Жертви тортур блокують свій травмівний досвід, що істотно порушує терапевтичний контакт.

Багато проблем пов'язані з тенденцією клієнтів до переживання **почуття провини**. Жертви тортур можуть ідентифікувати себе з кривдниками, щоб зберегти зруйновану ідентичність. Така «**залежність у ненависті**» може призвести до нового почуття провини, що віддаляє потерпілих ще більше від інших людей. Терапевт має знати про можливість такої емоційної прихильності і вміти захистити себе від цього. Це можна досягти, якщо терапевт залишиться сильним і точним, знає, як встановити межі, тактовно відкидає спроби клієнта ідеалізувати терапевта.

Наступна фаза – поступове **відтворення та опрацювання травмівного досвіду**. Зазвичай, цей етап найдовший і часто найважчий. Терапевт має проявити тактовність, емпатію, стати фактором стабілізації та гарантом безпеки. Так відбувається експозиція травмівного досвіду та створюється простір для відновлення внутрішнього відчуття безперервності й цілісності.

Остання фаза присвячена реконструкції, реінтеграції та відділенню від терапевта, **включенню постраждалого в суспільне життя, плануванню нового життя** [*там же*].

3.4. ПСИХОТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ

Серед тих, хто переніс тортури, поширені соматичні симптоми [135], насамперед хронічний біль, у тому числі головний, або інші фізичні недуги, незалежно від того, є для цього об'єктивні підстави чи ні, адже біль – явище суб'єктивне.

Однією з головних причин того, що лікування хронічного болю в традиційній медицині не приводить до зцілення, є те, що суспільство й досі перебуває під впливом картезіанського світогляду Рене Декарта, який розділив людину на тіло і психіку. Cogito ergo sum (думаю, отже існую) – центральне положення філософії Рене Декарта – було спростовано відомим неврологом Антоніо Дамасіо (*Antonio Damasio*), який у 2004 році довів, що жодна розумна дія неможлива без відчуттів і емоцій. Ми знаємо про своє існування тому, що відчуваємо. Наприклад, спочатку з'являється неприємний клубок у горлі, тремтіння, а потім ми усвідомлюємо, що боїмося.

Між тілом і емоціями відбувається постійний зв'язок через периферичну і центральну нервові системи. Центральна нервова система є нейрональною, практично в кожному куточку тіла разом із нервами вона утворює периферичну нервову систему. Нерви передають імпульси від мозку до тіла і від тіла до мозку, – говорить Антоніо Дамасіо (Damasio). Будь-які фізичні чи психічні захворювання, соматичні симптоми завжди охоплюють усе тіло, тобто мозок і тіло.

Ще в 1994 році Міжнародною асоціацією дослідження болю було запропоновано таке визначення: «**Біль** – це неприємне чуттєве й емоційне переживання, що виникає у випадку пошкодження чи загрози пошкодження тканини». Тобто поняття «біль» містить: **відчуття болю**, реакцію на це відчуття – **емоційне переживання**, а також (як стверджують дослідники [66]), рефлекторні зміни функцій внутрішніх органів, багатовекторні біохімічні й нейрогуморальні зрушення гомеостазу, безумовні рухові рефлекси, вольові імперативи, поведінкові реакції, специфічну мотивацію, спрямовану на звільнення від больового чинника. Проте на практиці біль зазвичай розглядається звужено як сприйняття мозком імпульсу з уражених тканин тіла.

У 2013 році австрійський психотерапевт Томас Вебер [102] відкрив спосіб швидкої й ефективної допомогти людині у разі гострого болю; так з'явився метод травмафокусу – ефективна нейропсихотерапевтична процедура у психотерапії гострих і хронічних больових станів.

У кожної людини свій, унікальний, досвід переживання болю. Починаючи з раннього дитинства хтось падав із велосипеда, у когось були побутові чи спортивні травми, хтось страждав від психічного травмування... Скільки такого досвіду і яким чином ми зможемо осмислити й інтегрувати його в життя, залежить від різних біо-психо-соціальних факторів.

Важливу роль відіграють особливості соціальної ситуації: наскільки комфортними були умови під час болючої медичної процедури, чи відчувала людина соціальну підтримку, чи залишалася з болем сам на сам, чи була джерелом страждань інша людина. Все це, а також відчуття, емоції, думки, обставини тощо запам'ятовується й актуалізується щоразу під час переживання нелегкого досвіду. Наприклад, рівень занепокоєння щодо майбутньої хірургічної операції залежить від психічної вразливості, нашої впевненості чи тривожності. Наскільки сильним буде біль після операції, вирішує наша психіка, її так просто не можна відключити.

Від хронічного болю страждає багато людей, проте значно частіше він зустрічаються серед тих, хто пережив травмівні події, фізичне й психологічне насилля. Біль може періодично змінювати локалізацію й інтенсивність, може бути єдиним явним симптомом, єдиним свідченням пережитої травми.

Соматичні симптоми, біль у тих, хто зазнав насилля, можуть бути наслідком фізичних тортур або мати психологічну природу; можуть викликатися або посилюватися напруженням чи стресом. До типових соматичних симптомів у постраждалих від насилля [135] відносять біль у спині, кістково-м'язовий біль і головні болі, часто від травм голови. Головні болі характерні для осіб, що пережили катування, і часто призводять до хронічного посттравматичного головного болю.

Фізичний біль завжди є емоційним болем (емоційним оцінюванням події в лімбічній системі й у префронтальній корі головного мозку). У разі гострого болю ноцицептивні волокна (шляхи болю) через рецептори болю в шкірі посилають больові подразники у спинний мозок і таламус (парна симетрична ділянка головного мозку, частина проміжного мозку, що відповідає за перерозподіл інформації від органів чуття, за винятком нюху, до кори головного мозку). У мозку больовий стимул додатково опрацьовується, оцінюється емоційно й когнітивно (процедура модулюється сірим стовбуром мозку) і гострий біль стихає. Проте досвід переживання залишається в пам'яті.

Проблема **хронічного болю** полягає в тому, що відчуття не проходять від враженої частини тіла до мозку, а викликаються нейронними мережами болю в мозку. Наприклад, у соматосенсорній корі головного мозку активізуються «фізичні карти», в яких зафіксовані больові відчуття в області спини, і ми відчуваємо, що спина болить.

При хронічних розладах болю, таких як **фіброміалгія** (болить усе тіло) стан не поліпшується, тому що не відбувається емоційного й когнітивного опрацювання переживання. Таке нейрофізіологічне пояснення страждання людей із синдромом фіброміалгії – результат наукових досліджень Каріна Йенсена (*Karin Jensen et al., 2012*) [174].

Якщо вважати, що біль схожий на стрес чи емоційну кризу, то можливості лікування болю розширюються. Питанню зв'язку між стресом, травмою і хронічним болем присвячено багато досліджень [157, 158, 160–167, 170–176, 178–180, 182–187, 190–192, 195, 197–200]. Ці дослідження лягли в основу травмафокусу. За допомогою цього методу хронічний біль можна зняти за кілька сеансів (біль у коліні, біль у спині, головний біль, хронічний регіональний больовий синдром, поліневропатія, фіброміалгія тощо). Для цього застосовується низка методик, що дозволяють успішно допомагати при різних захворюваннях і больових симптомах, як гострих, так і хронічних. Більш детальну інформацію про це можна знайти на сайті: www.traumafokus-ukraine.com.ua

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 3

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які психологічні резерви полоненого у переживанні ним кризи позбавлення волі?
2. Знайдіть та прочитайте два художні твори про події різних епох, де описується жертва катування чи полону. Що об'єднує героїв різних творів та епох, що спільного у переживанні ними полону?

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть психологічні наслідки тортур для особи, що потрапила у полон.
2. Перерахуйте положення інструкції щодо реагування на зникнення в близької людини.
3. Назвіть етапи алгоритму надання допомоги людині, що пережила полон.
4. Які особливості допомоги членам родини людини, яка пережила полон.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Стамбульский протокол. Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк и Женева, 2004
2. Предупреждение пыток: Справочник для персонала ОБСЕ на местах. ОБСЕ, 2009
3. Комплексная реабилитация лиц, переживших пытки – содержательное руководство. Организация «Свобода от пыток», 2011
4. Сидоркин Я. Психотерапия и психологическая реабилитация жертв пыток (КИСПП) [відео], в 3–х частях. Часть 1. URL: https://www.youtube.com/watch?v–St1HTK9fTQA&app–desktop

Розділ 4.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВЕТЕРАНІВ

4.1. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКА БОЙОВИХ ДІЙ ДО РОДИННОГО ЖИТТЯ

ВПЛИВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВЕТЕРАНА

Військовослужбовець під час війни відчуває фізичний, емоційний і соціальний стрес, що може призводити до психічних травм, а в подальшому до прояву специфічних реакцій, які порушують повсякденну життєдіяльність і процеси адаптації ветерана. Розуміння та інтерпретація таких реакцій на стрес-фактори бойової обстановки ґрунтується на концепції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) [58; 143]. Розглянемо основні типові прояви цих розладів та їхній вплив на сімейну ситуацію бійця.

> РЕЗУЛЬТАТОМ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ МОЖЕ БУТИ ЗМІНА В УЯВЛЕННІ ПРО ВЛАСНУ ВРАЗЛИВІСТЬ, ПРО САМОГО СЕБЕ, ІНШИХ ЛЮДЕЙ, ПРО СВІТ ЗАГАЛОМ. МОЖЕ ЗРУЙНУВАТИСЯ УЯВЛЕННЯ ПРО ТЕ, ЩО НАВКОЛИШНІЙ СВІТ УПОРЯДКОВАНИЙ, БЕЗПЕЧНИЙ, ЩО ВЛАСНА ОСОБИСТІСТЬ ГІДНА ПОВАГИ, А ІНШИМ ЛЮДЯМ МОЖНА ДОВІРЯТИ. ЗАГАЛОМ **ПСИХІЧНА ТРАВМА** – ЦЕ ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЦІЛІСНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.

Фахівці видыляють найбільш характерні **відтерміновані реакції на бойовий стрес**:

- дратівливість;
- запальність;
- агресивність;
- напруження;
- тривожність;
- підвищену стомлюваність;
- депресивність.

Часто зустрічаються порушення сну, нічні кошмари, ослаблення пам'яті і труднощі в концентрації уваги, захопленість спогадами про війну, фобійні реакції. Може спостерігатися також пристрасть до алкоголю і наркотиків, особистісні зміни, різні психосоматичні симптоми [58; 122; 139, 143].

Проявами ПРСР є також втрата інтересу до значущих раніше для ветерана форм життєдіяльності, втрата бачення перспективи майбутнього, сенсу життя загалом. Багатьом

властиві невпевненість у своїх силах, відчуття нездатності впливати на хід подій, бажання помститися за все, що відбувалося на війні. Дослідники звертають увагу на переживання ветеранів через власні дії під час виконання службових обов'язків, на почуття провини через загибель друзів тощо.

Типові проблемні прояви ветеранів, що впливають на їхні стосунки:

1) недовіра до людей і почуття відчуженості від них;
2) зниження здатності до співпереживання і душевної близькості;
3) відчуття занедбаності;
4) труднощі у вираженні почуттів і саморозкритті;
5) схильність до агресивних проявів.

Загалом ветеранам важко вирішувати проблеми в спілкуванні. Їхні міжособистісні стосунки часто характеризуються нестабільністю, що породжує соціальні проблеми (звільнення з роботи, соціальні конфлікти, розлучення) [139; 148; 150].

ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ФРОНТУ ВЕТЕРАНИ ПРАКТИЧНО НЕЗДАТНІ ГОВОРИТИ ПРО ВІЙНУ ЗІ СВОЇМИ РІДНИМИ. ЦЯ ТЕМА ОБГОВОРЮЄТЬСЯ ПЕРЕВАЖНО З ПОБРАТИМАМИ: ЇМ ВОНИ МОЖУТЬ ДОВІРЯТИ, З НИМИ ВІДЧУВАЮТЬ СЕБЕ ПОЧУТИМИ; З НИМИ ГОТОВІ РОЗДІЛИТИ СВІЙ БІЛЬ І ПЕРЕЖИВАННЯ.

Однією з причин того, що ветеранам важко взаємодіяти з оточуючими, є їхня невисока активність у вирішенні власних життєво важливих проблем і питань сімейного життя зокрема. Труднощі післявоєнної адаптації чоловіків в значній мірі лягають на плечі дружин демобілізованих, додають навантажень до їхніх турбот, ускладнюють емоційне і фізичне самопочуття жінок.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНА ДО РОДИНИ В УМОВАХ МИРНОГО ЖИТТЯ

Для **успішної адаптації демобілізованих**, що повернулися із зони АТО чи Операції Об´єднаних Сил, слід акцентувати увагу волонтерів і близьких на таких факторах:

- особливості першої зустрічі (як зустріти захисників – без істерик, із любов'ю й позитивним настроєм);

- усвідомлення природності адаптаційних процесів упродовж трьох місяців (вихід назовні «заморожених» до цього емоцій та переживання їх);
- побутова адаптація (залучення до домашньої роботи);
- недопустимість психологічного тиску в комунікаціях («витягування» на розмови, багато запитань, з'ясування деталей тощо);
- необхідність дослухатися до простих прохань особи щодо забезпечення комфорту (їсти, зачинити двері, вимкнути музику чи світло тощо);
- контроль інформації (обмеження агресивної інформації, зокрема новин, фільмів-«бойовиків, фільмів-«катастроф» тощо) [82; 159; 169].

Саме з цими правилами в першу чергу мають бути ознайомлені всі члени родини учасника бойових дій.

Проблеми, з якими зустрічаються родини ветеранів (а також звільнених із полону, військовослужбовців та волонтерів):

а) руйнація власних очікувань щодо сімейного життя після повернення особи в коло сім'ї (наприклад, дружина очікує, що чоловік після повернення додому відразу візьме на себе всю (чи хоча б більшу) частку відповідальності за родину, що брав до призову. А виявляється – він сам потребує підтримки і не спроможний певний час виконувати свої основні обов'язки);

б) відмова ветерана працювати в сталій для нього сфері і пошук себе в новій професійній реалізації (що може викликати на певний час матеріальні труднощі в родині);

в) посилення алкогольної, наркотичної чи ігрової залежності (особливо, якщо ці залежності були в допризовний період/ до полону);

г) агресивна та неконтрольована поведінка (як обумовлена ПТСР, так і спричинена зниженням внутрішнього соціального контролю особи).

Нерідко перераховані фактори призводять ветеранів чи військовослужбовців до здійснення домашнього насильства, жертвами якого стають діти та жінки. Відомі в Україні **організації, що допомагають жертвам домашнього насильства**: «Ла Страда – Україна» (Міжнародний жіночий правозахисний центр: протидія торгівлі людьми, насильству в сім'ї; захист прав дітей) [78]; Всеукраїнська гаряча лінія з протидії насильству. Також є багато громадських організацій одним із напрямків діяльності яких є протидія насильству та допомога жертвам домашнього насильства, зокрема: МГО «Міжнародний Центр Батьківства», Жіночий консорціум України (WCU) тощо.

Саме посттравматичний розлад як серед військових, ветеранів та звільнених із полону, так і серед переселенців стає потужним механізмом розвитку насильства в сім'ї. Тому особливої

актуальності набуває проблема психологічної реабілітації тих, хто повертається з війни або переселяється із зони АТО (ООС).

Відповідно до визначення в Законі України «Про попередження насильства в сім'ї» [3]:

- **психологічне насильство в сім'ї** – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю;
- **економічне насильство в сім'ї** – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я;
- **сексуальне насильство в сім'ї** – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру стосовно дитини, що є членом цієї сім'ї; (Абзац четвертий статті 1 зі змінами, внесеними згідно із Законом N 5462-VI (5462-17) від 16.10.2012)».

У навчально-методичному посібнику для працівників внутрішніх справ зазначаються такі **прояви психологічного насильства**: образи з використанням лайливих слів та (або) криків, образливі жести, пози, міміка, погляди, інтонації, тримання членів сім'ї в атмосфері страху. Психологічне насильство виявляється у брутальному ставленні до родичів чи друзів члена сім'ї, заподіянні шкоди домашнім тваринам, знищенні, пошкодженні, псуванні або приховуванні особистих речей, предметів, прикрас тощо; у використанні принизливих зауважень щодо члена сім'ї; в постійних проявах незадоволення, безпідставних докорів, зауважень і звинувачень, крайніх проявах підозрілості, ревнощів, перевірок, стежень, що роблять нестерпним життя тощо. А також: ігнорування почуттів особи; образа переконань, що мають цінність для особи; образа віросповідання, національної, расової та класової приналежності або походження; переслідування особи (частіше жінки чи дівчини) через уявлені особою протилежної статі сексуальні зв'язки; обмеження свободи дій та пересування особи; погрози заподіяти фізичну чи економічну шкоду; погрози залишити сім'ю, побити чи вбити дружину, дітей; підштовхування до самогубства; примушення до протизаконних дій; ізоляція від оточуючих; використання дітей проти матері; залякування, усунення від процесу ухвалення рішень; заперечення наявності проблеми насильства, перекладання відповідальності за неї на партнера; обмеження в самореалізації, навчанні, роботі» [79].

Будь-яке насильство передбачає наявність і жертви, й кривдника (агресора). Практика показує, що найчастіше агресором стає той, хто в дитячі роки сам перебував в статусі жертви. Тобто кривдник, зазвичай, має вже сформовану модель агресивної поведінки і попри те, що на свідомому рівні він, як правило, заявляє, що «я ніколи не буду агресором»,

на рівні несвідомого в нього є стійкі деструктивні сценарії. Проте наявність цих сценаріїв не може виправдовувати агресивні дії.

Науковці виділяють своєрідний «**цикл кривдника**»:

- образа (демонстрація власної влади і контролю в образливий для інших спосіб);
- провина та страх репресій (страх бути спійманим і неспокій через те, що жертва захоче помститися);
- раціоналізація (переконуваня жертви в тому, що саме вона винна в насильстві, відкидання власної відповідальності за здійснення деструктивного вчинку);
- нормальна поведінка (поводиться так, ніби нічого не відбувається); планування та фантазування (обмірковування минулих та майбутніх насильств підкріплює злість кривдника, що активізує планування іншого епізоду);
- складання плану (створення та контроль ситуацій, що спонукать жертву діяти у спосіб запропонований насильником) [34; 82; 83].

Що не спричинило б агресивну поведінку ветерана чи військовослужбовця, його родина потребує психологічної допомоги, а в умовах неконтрольованої агресії – залучення фахівців (поліцейських, медиків тощо – бажано із числа ветеранів).

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА СІМ'ЯМ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Зарубіжні психологи в системі психологічної допомоги ветеранам війни важливе місце відводять сімейній психотерапії, деякі з них (М. Стентон, Ч. Фіглі) взагалі вважають, що сімейна психотерапія може мати ключову роль у психологічній допомозі ветеранам [34; 83; 194; 196].

Наведемо кілька моделей психологічної допомоги сім'ї, представлених в аналітичному огляді С. Седіна і Р. Абдурахманова.

На думку Ч. Фіглі, **психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів** повинна ґрунтуватися на чотирьох головних принципах:

1) повага до інтимних сторін життя сім'ї, її самовідданості під час війни і досвіду, що стосується пережитих стресових життєвих обставин;
2) інформування родини про можливі психологічні наслідки війни;
3) поєднання психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, зокрема, і родинами інших ветеранів;

4) психотерапевтичне втручання в життя сім'ї має базуватися на:
   а) обережному вивченні джерел стресу в сім'ї;
   б) визначенні – які способи подолання психологічних труднощів використовуються в сім'ї, а які – ні;
   в) інформування родини про різні способи подолання наслідків травматичного стресу;
   г) допомогу у створенні в сім'ї системи взаємної підтримки;
   д) допомогу в мобілізації тих сторін сімейних стосунків, що здатні її зміцнити і забезпечити вирішення психологічних проблем.

С. Вільямс і Т. Вільямс виділяють **основні завдання у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів**:

- сприяння подоланню індентифікації в родині ветерана з образом «пацієнта»;
- допомога у виході зі стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості;
- подолання випадків насильства в сім'ї;
- робота з прагненням до тривалої відсутності в родині;
- подолання психологічної дистанції між ветераном і дітьми;
- поліпшення взаємин між подружжям;
- психологічна допомога дружинам ветеранів;
- формування в сім'ї системи взаємної підтримки;
- вдосконалення навичок спілкування в родині.

Найбільш ефективною, на думку С. Вільямс і Т. Вільямс, є мудьтимодальна форма сімейної терапії, що включає:

а) індивідуальне та сімейне консультування;

б) групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами;

в) заняття в групах, що включають кілька сімейних пар із метою вдосконалення комунікативної компетентності;

г) створення системи взаємної соціальної підтримки.

4.2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДРУЖИНАМ ВЕТЕРАНІВ

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАПИТІВ ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ

У контексті психологічної допомоги сім'ям ветеранів окремо виділяється категорія дружин як група, що потребує професійної психологічної підтримки.

Для з'ясування специфіки психологічної допомоги дружинам ветеранів в Україні було проведено дослідження.

ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1) з'ясування психологічної проблематики дружин ветеранів;
2) виявлення специфіки встановлення контакту та виокремлення якісних характеристик продуктивних стосунків (підтримки) психолога і дружин демобілізованих військовослужбовців;
3) надання рекомендацій для дружин ветеранів щодо налагодження гармонійної атмосфери в сім'ї.

У дослідженні взяли участь 27 психологів-волонтерів із досвідом психотерапевтичної роботи від 4 до 18 років. Власний дослідницький досвід психологічної допомоги набувався у роботі з 19 дружинами ветеранів упродовж 2016 року.

Емоційний стан дружин ветеранів виявився багато в чому зумовлений психологічним станом чоловіків. За умови поганого стану чоловіка, жінка нерідко стикалась із ситуаціями, які їй було важко подолати. Якщо посттравматичні реакції ветерана були помітно виражені, дружини зізнавалися, що їм важко справлятися з емоційною нестабільністю чоловіків, складно терпіти їхнє небажання контактувати з соціумом, закритість, відстороненість, апатичність. Жінки відзначали, що їм було важко знаходити підхід до ветеранів, вони губилися в тому, про що можна говорити з ними, а про що ні; напрацьований раніше досвід спілкування виявлявся малопродуктивним.

Серйозною проблемою для деяких сімей стала виражена алкоголізація й агресивність чоловіків. Спроби жінок на інтуїтивному рівні запобігти, вирішити або мінімізувати негативні наслідки участі чоловіків у бойових діях, за висновками психологів, далеко не завжди приводили до позитивних результатів. Дружини демобілізованих часто скаржилися на сімейний дискомфорт, напруження у стосунках, конфлікти. Їм важко зрозуміти і прийняти зміни, що відбулися з їхніми чоловіками.

Часто причиною сімейних конфліктів ставала відмова близьких прийняти ветерана таким, яким він став, тобто в його новій якості.

ДРУЖИНИ ЧАСТО НАМАГАЮТЬСЯ «ВИТЯГНУТИ» З ВЕТЕРАНА ЗНАЙОМІ РЕАКЦІЇ, ЗВИЧНИЙ СТИЛЬ ПОВЕДІНКИ ТА СТАВЛЕННЯ ДО СЕБЕ, НЕ НАДАЮТЬ УВАГИ ЙОГО НОВОМУ «Я», ІГНОРУЮТЬ НАМАГАННЯ ЧОЛОВІКА ПРЕД'ЯВИТИ СВОЮ ІНАКШІСТЬ, НЕ СПРИЙМАЮТЬ ЙОГО ПРЯМОТУ, ВНУТРІШНІЙ ДИСКОМФОРТ І БУРХЛИВІ ПРОЯВИ.

Жінки відзначали власну підвищену тривожність, дратівливість, втому, безсоння, страх за подальшу долю родини в цілому. Якщо напруження в сім'ї ставало занадто великим, деякі жінки намагалися розібратися в собі і зрозуміти, наскільки вони готові сприймати, терпіти, любити і підтримувати чоловіка, що повернувся з фронту.

Іноді розрив сімейних стосунків із ветераном зневірена жінка вважає єдиним виходом зі складної ситуації. Були випадки, коли ініціатором розлучення стають чоловіки – досвід війни їх зробив більш чесними і прямими. Дехто зрозумів, що любові в сім'ї не було і до війни.

ВЗАЄМИНИ ПОДРУЖЖЯ ВИПРОБОВУЮТЬСЯ ВІЙНОЮ В КОЖНІЙ РОДИНІ. І КОЖНА СІМ'Я ВЖЕ НА ВНУТРІШНЬОМУ, А НЕ НА ЗОВНІШНЬОМУ ФРОНТІ БУДУЄ СВОЇ «БАРИКАДИ», ВЕДЕ БІЙ, ПО-СВОЄМУ ВІДПОВІДАЄ НА ЖИТТЄВІ ВИКЛИКИ.

Як вважають психологи, що взяли участь в опитуванні, дружини учасників бойових дій, які зіткнулися з вищеозначеними життєвими ситуаціями і переживаннями, безумовно, потребують певних реабілітаційних заходів, і насамперед – психологічної допомоги.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДРУЖИНАМ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

У психотерапевтичних стосунках є власні структурні складові, змістовне наповнення яких визначається психологічними особливостями і потребами клієнта, специфікою клієнтського запиту, методами роботи [54; 61].

Чинники, що впливають на ефективність психотерапевтичної допомоги дружинам ветеранів:

а) психологічні потреби жінок;

б) характеристики стосунків психолога з жінками;

в) зміст спілкування.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПОТРЕБИ ЖІНОК

У першу чергу звертають на себе увагу потреби жінок у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом. Дружині ветерана дуже важливо відчути, що психолог розуміє її емоційний стан, проявляє інтерес до її внутрішнього світу, не байдужий до турбот, тривог жінки; приймає непростий і часом драматичний досвід дружини бійця, її переживання; не засуджує за суперечливі почуття чи вчинки, поважає її право на свою думку. Жінці важливо побачити у психологові стійку і надійну фігуру – людину, якій можна довірити тривоги, сумніви, надії і радощі; з якою можна говорити як про прості буденні речі, так і про найглибше і дуже особисте, потаємне [49].

Особливе значення в роботі з українськими дружинами ветеранів є розуміння і вміння психолога відгукнутися також на потребу у визнанні мужності і зусиль цих жінок у період випробувань, що випали на їхню родину: у підтримці чоловіка, коли він воював; у визнанні неймовірної тривоги за нього під час його служби; у визнанні її зусиль по турботі про дітей і сім'ю, коли чоловік був на фронті; у визнанні того, що вона своєю причетністю до життя чоловіка-воїна, по суті, теж змагалася за благополуччя всіх українців.

> СПІЛКУЮЧИСЬ ІЗ ДРУЖИНОЮ ВЕТЕРАНА ПСИХОЛОГ МАЄ ВРАХОВУВАТИ ПОТРЕБУ ЖІНКИ В ПОВАЗІ, У ВИЗНАННІ ТРУДНОЩІВ, ІЗ ЯКИМИ ВОНА ЗІТКНУЛАСЯ, ТА ПОВАЗІ ДО ЇЇ ВНУТРІШНЬОЇ СТІЙКОСТІ В БОРОТЬБІ З ЖИТТЄВИМИ ВИКЛИКАМИ; ПІДТРИМУВАТИ ЇЇ САМООЦІНКУ, ПОЗИТИВНИЙ ОБРАЗ СЕБЕ, А ТАКОЖ ЗУСИЛЛЯ СТОСОВНО ТОГО, ЩО ВОНА РОБИТЬ ДЛЯ АДАПТАЦІЇ ЧОЛОВІКА ПІСЛЯ ДЕМОБІЛІЗАЦІЇ.

Вищеозначені потреби жінок найкраще задовольняються за умови певного **ставлення психолога** до них, а саме:

- через прийняття, розуміння, прояв емпатії і визнання;
- через партнерські, шанобливі, доброзичливі, уважні, безпечні, довірчі стосунки;
- шляхом вселяння впевненості і надії;
- завдяки турботливому зацікавленню психолога у загальному благополуччі жінки.

Розглянемо докладніше позитивний ресурс **партнерського стилю** спілкування психолога з дружинами ветеранів. За нашими дослідженнями цей стиль спілкування виявився продуктивним з низки причин. По-перше, спілкування на рівних у зазначеній ситуації підтримує і зміцнює наявні психологічні ресурси жінки: віру в себе і свої сили, підсилює її стійкість, уміння спиратися на внутрішню позицію «активного дорослого» на противагу позиції «залежної від обставин жертви». По-друге, партнерське спілкування дозволяє жінці

засвоїти такий стиль взаємодії, а в подальшому спиратися на нього у стосунках із чоловіком, і таким чином, вже у ньому підтримувати впевненість і почуття партнерства, що є ресурсним фактором для ресоціалізації чоловіка, гармонізації його життя, а також життя сім'ї загалом.

ПАРТНЕРСЬКА ПОЗИЦІЯ ДРУЖИНИ СТОСОВНО ЧОЛОВІКА-ВЕТЕРАНА ДОЗВОЛЯЄ ЇЙ НЕ ВПАДАТИ НІ В РОЛЬ «МАТУСІ, ЩО СЮСЮКАЄ» СТИКАЮЧИСЬ ІЗ ПРОЯВАМИ СЛАБКОСТІ ЧОЛОВІКА, НІ В ДОМІНУЮЧУ РОЛЬ АВТОРИТАРНОЇ ГОСПОДИНІ-ЛІДЕРА, ЩО НАВЧИЛАСЯ ВСІ ПИТАННЯ В СІМ'Ї ВИРІШУВАТИ САМОСТІЙНО, БЕЗ ЧОЛОВІКА.

Вміння будувати партнерські стосунки може вберегти жінку і від позиції «жертви» у випадку вираженої неадекватності або агресивності близької людини.

Таким чином, розглянуті вище характеристики ставлення психолога до дружин ветеранів, особливості загального стилю спілкування з ними в значній мірі відповідають актуальним потребам жінок, сприяють створенню в їх сприйнятті потужного почуття підтримки, що позитивно впливає на якість психотерапевтичних стосунків з даною категорією постраждалих.

ЗМІСТ СПІЛКУВАННЯ ПСИХОЛОГА З ДРУЖИНАМИ ВЕТЕРАНІВ

Основні **теми, які хвилюють жінок**, що приходять до психолога:

а) дружини учасників АТО та ООС потребують розуміння змін, що сталися з ветеранами під час їхнього перебування в зоні АТО (ООС), вплив бойового досвіду на поведінку чоловіків;

б) жінкам важливо засвоїти специфіку спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних та ін.), що виникають при поверненні чоловіка додому;

в) жінкам важливо вміти розуміти себе та власні реакції на ті чи інші сімейні ситуації, бажано оволодіти навичками емоційної регуляції, розширити спектр власних комунікативних умінь, навчитися піклуватися про себе.

Важливість обраних тем, корисність їхнього обговорювання підтверджується нашими дослідженнями, власним психотерапевтичним досвідом, напрацюваннями інших фахівців, як співвітчизників, так і зарубіжних психологів, досвід яких ми також застосовували у викладенні даного матеріалу (А. Баца, О. Еверет, В. Глєбов, Е. Варлакова, А. Караяні, О. Кляпец, А. Козінчук, О. Костюк, Т. Кукуєва, А. Федорець та ін.) [10; 19; 27; 49; 53; 54; 61; 65; 68; 117].

Зазначені питання можна обговорювати з жінками у форматі психоедукації.

ПСИХОЕДУКАЦІЯ – ЦЕ ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА У ФОРМІ ПОЯСНЮВАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ І РЕКОМЕНДАЦІЙ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ В СИТУАЦІЇ, ЩО СКЛАЛАСЯ І ОТРИМАТИ УЯВЛЕННЯ ПРО МОЖЛИВІ СПОСОБИ ДІЇ У ВАЖКІ ХВИЛИНИ.

Розуміння того, що відбувається, теоретична підготовленість до варіантів сприйняття, інтерпретації та відгуку на проблемні аспекти сімейного життя знижує рівень тривожності, напруження, сприяє поверненню почуття контролю над ситуацією, відроджує надію на благополучне вирішення негараздів, що виникли в родині. Якісно проведена психоедукація допомагає психологу встановити контакт із дружиною ветерана, створити атмосферу довіри і служить гарним початком для подальшої психологічної роботи.

Пропонуємо можливі варіанти відгуку (у форматі психоедукації) на актуальні для дружин ветеранів питання.

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ

1. Дружині ветерана важливо розуміти і враховувати, що чоловік повертається з фронту з новим унікальним досвідом – **війна суттєво змінює людину**. Він стає іншим, і це може викликати певне напруження в сім'ях.

«ЧОЛОВІКА, ЯКИЙ ПРИЙШОВ ІЗ ВІЙНИ, ПОТРІБНО ПРИЙНЯТИ РАЗОМ ІЗ ЙОГО НОВИМИ ПОГЛЯДАМИ, ЗНАЙОМСТВАМИ, ПРОБЛЕМАМИ, СТРАХАМИ І, МОЖЛИВО, ПРОЯВАМИ АГРЕСІЇ. ПОВЕРНЕННЯ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ МОЖЕ ЗАТЯГНУТИСЯ, АЛЕ БЕЗ ЛЮБОВІ, ТУРБОТИ, ТЕПЛА І НАЙГОЛОВНІШЕ – БЕЗ ПРИЙНЯТТЯ РОДИНИ, ВОНО СТАНЕ ПРАКТИЧНО НЕМОЖЛИВИМ» [10].

Людина, що пройшла війну, стає сильнішою і мудрішою. Воїн повернувся додому, в сім'ю, живий. Це – головне. Всі інші труднощі й випробування можна пережити, якщо спільне життя, сім'я є цінністю.

2. Важливо **проявити увагу і терпіння до проблем чоловіка**, які часто виникають після пережитого бойового стресу:
   - підвищена дратівливість;
   - тривалий депресивний стан;

- відчуження;
- виснаження тощо.

Необхідно допомогти ветерану впоратися з цими тимчасовими станами.

3. Рекомендується **уважно й зацікавлено слухати** те, що чоловікові довелося пережити, що його бентежить, якщо в нього є потреба виговоритися. Відсутність такої можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Ветеран має відчувати, що поруч із ним рідна людина, якій він не байдужий. Багато хто замикається в собі, якщо бачить, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути «жахів про війну». Але для ветерана ці спогади ще довго будуть незабутніми, це суттєва частина його життя, а довірити цей досвід більше нікому. Дім має стати місцем, де можна розслабитися, розкритися, отримати підтримку.

4. Разом із цим досить часто ветерани не хочуть розповідати рідним про те, з чим вони зіткнулися на війні, що пережили. Вони бояться їх налякати, оскільки впевнені, що близьким дуже важко буде таке чути. Так **чоловіки бережуть своїх рідних**, можливо, підсвідомо намагаючись не зруйнувати ресурсний стан, дають їм можливість залишатися здатними на підтримку, забезпечувати сприятливу атмосферу в сім'ї.

5. Іноді родичі запитують психологів про те, як краще поводитися, розпитувати про війну чи ні. Зауважимо: якщо боєць хоче поділитися, то дуже важливо вислухати все, що він хоче розповісти. Якщо він нічого не говорить, то важливо, щоб він знав, що ви його почуєте, якщо в нього з'явиться така потреба. Спеціально випитувати не потрібно, тим більше не етично запитувати: «А ти вбивав?», «А як це – вбити людину?» і так далі. **Якщо чоловік захоче, то розповість про війну сам**, але тільки тому, кому вважатиме за потрібне. Краще запитувати про нейтральні речі, що не стосуються бойових дій: «А як ви готували їжу? Чим займалися під час тиші?». Дуже хороше запитання, яке б ваш чоловік оцінив: «Розкажи мені про свого друга».

6. Доречно дружині донести друзям та рідними демобілізованого **правила спілкування** із ним – про що можна запитувати, а що є «табу», як реагувати, якщо він виявляє агресію. Бажана спільна стратегія у ставленні до ветерана, його проявів.

7. Чоловіки часто хочуть піти з дому, посидіти зі своїми бойовими товаришами, випити і поговорити. Ветеран, дійсно, повноцінно може **виговоритися** лише **в співтоваристві побратимів**. І тому рідні не повинні перешкоджати йому спілкуватися з товаришами по службі, адже це допомагає відновлюватися. При цьому важливо не підтримувати зловживання алкоголем. Потрібно тактовно дати чоловікові зрозуміти, що алкоголь пагуба не тільки для нього, але й для подружніх стосунків і загалом для сім'ї.

8. Ветеран може привносити в життя сім'ї **форми спілкування і взаємодії, набуті на фронті.** Не варто ображатися через його категоричність, прямоту, безкомпромісність. На війні немає дипломатії, до якої звикли у щоденному житті – уваги до умовностей, пошуки компромісів. Разом із тим це не означає, що дружина повинна мовчки сприймати будь-які витівки чоловіка. У міру соціальної адаптації чоловіка подружжю важливо поступово знаходити і розвивати прийнятні для родини форми спілкування. У складних ситуаціях тема оптимізації комунікативних процесів у сім'ї може бути окремим психотерапевтичним завданням.

9. Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати до звичного повсякденного життя, підтримувати бажання щось зробити для сім'ї. «Він повинен розуміти, що потрібен тут і не є тягарем. Інакше у свідомості військовослужбовців з'являється «розлом» – там він герой, а тут дружина робить все сама, щоб він начебто відпочив» [*там же*]. Така тактика деяких жінок психологічно інвалідизує їхніх чоловіків, сприяє фіксації регресивного стану безпорадності, залежності, відчуженості, що підсилює наслідки бойової травми, гальмує процес відновлення психічного здоров'я. Ні в якому разі не можна жаліти чоловіка, потрібно залучати до вирішення побутових питань у міру його готовності, **повертати йому значимість у сім'ї, авторитет і відповідальність**. Разом із тим робити це треба коректно, м'яко, з повагою і любов'ю.

10. Важливо розуміти, що в перші дні і тижні після повернення додому демобілізований потребує відновлення і, ймовірніше, буде пасивний стосовно домашньої роботи, повсякденного життя сім'ї. Він внутрішньо ще на передовій, постійно телефонує своїм побратимам, хоче чимось їм допомогти. Це типова картина, і дружині цю ситуацію на якийсь час треба прийняти. Її спроби в цей період активно залучити чоловіка до справ, якщо він сам ще такого інтересу не проявляє, призведуть лише до конфліктів. **Для первинної адаптації необхідний час**. Іноді чоловік починає щось робити вдома, але дружина вважає, що йому слід зайнятися зовсім іншим. Тут хочеться побажати жінкам розуміння і терпіння.

Приклад із практики. *Психотерапевтична робота с подружньою парою відбувалася під час перебування ветерана на реабілітації у Клініці професійних захворювань ДУ «Інституту медицини праці НАМН України». Формат роботи складався із індивідуальних зустрічей окремо з кожним із подружжя, а також зі спільних сесій. Дружина скаржилася, що чоловік, після повернення був байдужий до домашніх справ. А останнім часом він став усамітнюватися на дачі і ремонтувати там мотоцикл, замість того, щоб добудовувати дачу. Дружина не розуміла такої поведінки чоловіка, ображалася на нього, була впевнена, що він «вже достатньо відпочив і пора рахуватися з інтересами родини, а не поводитися так егоїстично».*

Почуття жінки, яка рік чекала чоловіка, сама піклувалася про сина-підлітка і батьків, тримала на собі всі господарські справи, можна зрозуміти. Але, як виявилось у подальшій

роботі, мотиви поведінки ветерана були не такі однозначні, як це бачила дружина. За результатами обстеження у нього були всі ознаки ПТСР внаслідок дуже непростого досвіду: запеклі бої, втрата товаришів, хвилювання за долю друга, який потрапив у полон… Багато чого він жінці не розповідав. Ветеран потребував часу, щоб справитися з набутим досвідом, травмівними переживаннями. А мотоцикл він ремонтував, щоб поїхати на рибалку, побути на самоті з природою, спогадами, примиритися з дійсністю. Вернутися спочатку до себе, а потім уже в родину.

Тактовне, обережне з'ясування внутрішньої, особистісної ситуації кожного з подружжя, прийняття психологом глибинних переживань і чоловіка, і жінки, допомога подружній парі у досягненні взаємного співчуття та порозуміння – це те, що відбувалося на психотерапевтичних сесіях і крок за кроком наближало подружжя одне до одного, висвітлювало найкраще в їхніх стосунках, сприяло створюванню умов для відновлювання в парі довіри, взаємної турботи, бажання бути разом.

У наведеному випадку подружжя виявило здатність пройти цим шляхом, подолати непорозуміння у стосунках, що ускладнилися внаслідок досвіду війни.

11. Впродовж первинної адаптації дуже важливо дати чоловікові особистий простір і час, щоб він заново себе усвідомив. Добре, коли є окрема кімната, забезпечені тиша, спокій, задоволені базові потреби (їжа, вода тощо), коли є турботливий, але не нав'язливий догляд. **Турбота з повагою** ні в якому разі не має перетворитися на «сюсюкання»: «Ти мій бідненький». Із фронту повернувся чоловік – воїн, доросла людина! Не можна применшувати його гідність. Йому просто треба дати час для відновлення сили, підтримати, а потім допомогти повернутися в мирне життя [68].

12. Жінці бажано в моменти довірливого спілкування **розповісти чоловікові, як жила родина без нього**, що відбувалося, з якими проблемами вони стикалися, як їх вирішували. У чоловіка має відновитися реальна картина життєвих подій його рідних, щоб він знову відчув свою необхідність і затребуваність саме в сім'ї, а не тільки на фронті. Під час відсутності чоловіка лідером у сім'ї була дружина. Тепер їй важливо поступово повернути кермо влади чоловікові. Цей непростий процес відновлення колишньої структури та ієрархії сім'ї вимагає особливої турботи і часу. Скільки часу? Індивідуально для кожної родини. Саме в цей період дружині важливо бути чутливою, відчувати, коли чоловік дійсно потребує відпочинку і відокремленості, а коли і до чого його важливо залучати в контексті турбот родини. При труднощах проходження цього етапу цілком доречна психологічна допомога сім'ї.

13. Дуже непроста тема можливої агресії чоловіка, що повернувся з фронту. При проявах словесної агресії важливо намагатися говорити з чоловіком спокійно. Піддаватися на агресію, відповідати в такому ж агресивному тоні не можна.

ОПТИМАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ПОВЕДІНКИ – **БУТИ ПРИКЛАДОМ І ДЖЕРЕЛОМ СПОКОЮ**, АЛЕ БЕЗ ЕМОЦІЙНОЇ ХОЛОДНОСТІ Й ВІДЧУЖЕНОСТІ. СВОЄЮ ПОВЕДІНКОЮ, ІНТОНАЦІЄЮ І РЕАКЦІЄЮ ЖІНКА МАЄ ДАТИ ЗРОЗУМІТИ, ЩО ВОНА БАЧИТЬ, ЯК ВАЖКО ЧОЛОВІКОВІ, АЛЕ КРИК НЕ ДОПОМОЖЕ ЙОМУ ВИРІШИТИ СИТУАЦІЮ. СПОКІЙНА І ВРІВНОВАЖЕНА ПОВЕДІНКА ДРУЖИНИ ДОПОМОЖЕ РОЗШАРПАНОМУ ЧОЛОВІКОВІ ШВИДШЕ ЗАСПОКОЇТИСЯ І ВЗЯТИ ПІД КОНТРОЛЬ СВОЇ СИЛЬНІ ПОЧУТТЯ.

14. Буває, що чоловік після повернення додому з зони бойових дій довго мовчить, але в якийсь момент зривається і починає знищувати все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально прибрати всі небезпечні предмети, щоб вони не потрапили йому під руку.

ЯКЩО ПРОЯВИ ЧОЛОВІКА НІКОМУ НЕ ЗАГРОЖУЮТЬ – ХАЙ ВИПУСТИТЬ ПАР. АЛЕ ЯКЩО Є РИЗИК, ЩО ВІН МОЖЕ ПОРАНИТИ КОГОСЬ АБО НАНЕСТИ ШКОДУ СОБІ – ПОТРІБНО **ВИКЛИКАТИ ФАХІВЦІВ**.

15. Агресивні прояви ветеранів трапляються не тільки в колі сім'ї, а і в товариствах – хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, не так подивився. Якщо жінка помітила, що чоловік починає заводитися – найкраще скористатися підтримкою тих, хто поруч, і вивести людину із зони ризику. Потрібно робити все можливе, щоб **уникати ескалації конфліктної ситуації**.

16. Буває, що ветеран **спить неспокійно**. Йому сняться кошмари, від яких він прокидається і шукає автомат або ворогів. У таких випадках варто звернутися до психотерапевта. Найпростіша рекомендація для полегшення цієї ситуації до її вирішення – не виключати світло в спальні. Прокинувшись, чоловік побачить, що він удома, в безпеці. Поруч рідна людина, а не сепаратист.

17. Важливо визнавати і враховувати факт, що за час розлуки подружжя змінилося. Необхідний час, щоб знову звикнути одне до одного, налаштувати повсякденне спілкування і взаємодію. Подружжя має вибудовувати стосунки фактично спочатку. **Основа відновлення – розуміння і терпіння**. Не варто нехтувати створенням сприятливої інтимної обстановки.

18. При відновлюванні звичних стосунків подружжя, діти не повинні залишитися без необхідної уваги і турботи. Важливо спостерігати за їхнім станом і поведінкою. Якщо у дітей виявляється підвищена тривожність, сльози, порушення сну, то їм теж потрібна допомога.

Якщо в чоловіка немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька.

ДИТИНА – ЦЕ ДОДАТКОВА НИТОЧКА, ЩО ПРИВ'ЯЗУЄ ВЕТЕРАНА ДО РЕАЛЬНОГО ЖИТТЯ. ДІТИ РОЗУМІЮТЬ БІЛЬШЕ, НІЖ МОЖЕ ЗДАВАТИСЯ ДОРОСЛИМ. ЇХНЯ УЧАСТЬ І СПІВПЕРЕЖИВАННЯ МОЖУТЬ СТАТИ РЯТІВНИМИ.

Приклад із практики. *Демобілізований поводився відчужено, був замкнутий і пригнічений. Єдиний, до кого він усміхався – був його шестимісячний син. Ця дитина реально допомагала батькові «відтанути», відновлювати власну чутливість, переживати радість близькості, повертатися в реальність, до стосунків із рідними.*

19. Слід також пам'ятати, що **турбота про себе** в час, коли допомагаєш іншим, **не є ознакою егоїзму**. В результаті пережитого у жінки може бути підвищена тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, соматичні негаразди. Жінка може ефективно піклуватися про рідних тільки, якщо зможе якісно подбати про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цього. Як мінімум, важливо чергувати зайнятість та відпочинок, підтримуюче соціальне середовище. Освоєння навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації також може бути дуже корисним в кризові періоди життя сім'ї. Взявши на свої плечі велику частку відповідальності, жінка сама може потребувати підтримки, розуміння і психологічної допомоги. Варто знати, де і яким чином, за необхідності, цю допомогу можна отримати – для сім'ї, для ветерана, для дітей і особисто для себе.

Розглянуті вище теми спілкування психолога з дружинами ветеранів, відповідають потребам жінок у розумінні змін, що сталися з їхніми чоловіками, з ними самими і в сім'ї загалом, орієнтують на продуктивні стратегії виходу зі складних ситуацій, що можуть виникати в сім'ях демобілізованих військових. Обговорення цих питань сприяє формуванню якісної психотерапевтичної взаємодії з цією категорією жінок. Узагальнимо викладений вище тематичній матеріал у форматі практичних рекомендацій дружинам ветеранів.

4.3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РОДИНАМ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

ГРУПОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВЕТЕРАНІВ

Численні дослідження зарубіжних та українських науковців і практиків показують, що сімейні проблеми можна ефективно вирішувати у форматі групи. Слід зазначити, що багато сімейних програм пропонуються саме в цій терапевтичній модальності.

> СИЛА ГРУПИ ЗБІЛЬШУЄ ПОЧУТТЯ ЄДНОСТІ ПОБРАТИМІВ, ТА ДОЗВОЛЯЄ РОЗДІЛИТИ ЦЕ ЗІ СВОЇМИ СІМ'ЯМИ.

У кожного з членів групи схожий досвід, отже, сила взаємодопомоги, та сила виживання і згуртування має бути задіяна в терапевтичному процесі.

Група полегшує фасилітацію прикладів радості і живої взаємодії. Весела атмосфера групи часто різко контрастує з симптоматикою травми і тому забезпечує лікувальний ефект. Це важливо, тому що гумор був і залишається необхідним для виживання й адаптації [181]. Терапія стає не лише безпечним місцем для зцілення, але і групою, де є радість, що моделює первинне середовище для зцілення. Подальше сподівання полягає в тому, що військові сім'ї перенесуть досвід зі змодельованого середовища групи в своє життя.

З огляду на принципи сімейної терапії, слід розуміти, що сім'я має отримувати терапію, насамперед, у домашніх умовах. Відпочинок та санаторні сімейні програми можуть бути корисними, проте для стійких позитивних змін у сімейних стосунках, терапія має відбуватись у сімейному природному середовищі, вдома [193].

Особливості психологічної підтримки сім'ї демобілізованого визначаються в першу чергу:

- особистими якостями членів родини;
- особливостями життєвого та травмівного досвіду кожного члена сім'ї;
- родинними цінностями;
- специфікою посттравматичних наслідків;
- суспільними процесами та мірою суспільної підтримки;
- професійною реалізованістю дорослих членів родини тощо.

В очікуванні на повернення рідної людини із зони бойових дій, як правило, члени родини створюють ідеальний образ того, як у них будуть у подальшому розвиватися стосунки, оскільки вважають, що «найстрашніше вже позаду».

Невідповідність ідеального образу реальному часто призводить до розвитку агресії в сімейних стосунках, активізації залежностей, деформації в структурі комунікацій «чоловік-жінка», «батько-діти».

Внаслідок змінених обставин, ветеранські сімї нерідко розпадаються (за даними преси – до 70%), оскільки їм виявляється досить важко самостійно подолати проблеми, адекватно оцінювати конфліктні ситуації. Вони нерідко використовують під час суперечки взаємні звинувачення, не бачать шляхів виходу з конфлікту і не знають конструктивних способів його подолання.

Навіть володіння знаннями не забезпечує подружжя конгруентною взаємодією. Доки знання не стають елементом внутрішнього вчинку вони виступають лише в якості констатації наукового факту, що не застосовується у житті. То ж для формування конструктивної подружньої взаємодії необхідно не просто забезпечити подружжя знаннями з основ психосоціальної та психосексуальної взаємодії між чоловіком та жінкою, а необхідно щоб ці знання стали стійким складником їхнього особистісного буденного досвіду [16].

Більшість сімей потребує лише психологічного супроводу. Але у випадку кризових сімейних стосунків необхідна психотерапевтична допомога. Групове та сімейне консультування, групова та сімейна психотерапія дозволяють не тільки відпрацювати особистісні та міжособистісні проблеми конкретної сім'ї, але й отримати від групи реакцію на ті чи інші дії збоку групи, а також відстежити деструктивність власних проявів на прикладі інших учасників групи, що в свою чергу забезпечує, з одного боку, розуміння власної невинятковості в переживанні проблем, а з іншого – сприяє отриманню додаткового ресурсу для їхнього подолання.

У процесі супроводу сім'ї ветерана чи військовослужбовця важливо створити середовище для поглибленої терапевтичної роботи необхідне для зцілення травми.

Послідовність групових зустрічей:

- привітання;
- мотиваційне слово ведучого;
- вправа на активізацію;
- урок сесії / вправа/ зворотній зв'язок;
- обговорення теми наступного тижня;
- заключна дискусія / вправа/ зворотній зв'язок.

У додатках подано програму психологічної реабілітації сімей ветеранів війни Джошуа Креймейєра (*Додаток 8*) та програму духовно-психологічного відновлення сім'ї ветерана Л. Гридковець (*Додаток 9*).

Джошуа Креймейер американський психотерапевт, ветеран, що спеціалізазується у сфері травмотерапії та психологічного консультування, працює з учасниками бойових дій та членами їхніх сімей.

Запропоновану ним реабілітаційну програму для родин військовослужбовців та ветеранів можна використовувати як самостійну або включати до інших реабілітаційних програм. Зокрема, її можна доповненювати темами, що стосуються:

- сексуальної сфери подружнього життя;
- взаємодії з ветеранами із проблемами залежності (алко-, нарко-, ігрова-, комп'ютерна);
- профілактики розвитку деструктивних життєвих сценаріїв у дітей тощо.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 4

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які можуть бути наслідки для сім'ї ветерана, якщо дружина не знає або принципово не хоче розуміти базових умов адаптації учасника бойових дій до мирного життя.
2. Які проблеми «воєнних романів» і їхні наслідки для подальшого життя ветерана.
3. Чи може учасник бойових дій із посттравматичним стресовим розладом керувати власною агресією? Обгрунтуйте свою відповідь.

ЗАДАЧА

До вас на консультацію прийшов демобілізований учасник бойових дій. Він дуже поважає свою дружину. Проте на передовій він познайомився з дівчиною-волонтером. Його вразила її відвага, натхнення і цілеспрямованість. Тепер чоловік переживає внутрішній конфлікт: з одного боку, він боїться образити дружину, а з іншого – не хоче втратити дівчину. Поглиблення внутрішнього конфлікту погіршило його сон, посилило роздратованість та агресію. Він знову намагається повернутися на передову, оскільки тоді йому нікого не доведеться ображати. Опишіть стратегію консультативного процесу.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть базові умови психологічної адаптації демобілізованого до мирного життя, які мають знати близькі члени його родини.
2. Перерахуйте види домашнього насильства. Як можна допомогти родині, в якій явно проявлені ознаки насилля?
3. Який комплекс заходів сприяє ефективному лікуванню психічних розладів у особи з травмівним досвідом?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Опишіть стратегію допомоги родині, в якій чоловік після повернення із зони бойових дій почав проявляти, на думку дружини, непомірну релігійну активність. Її дратує той факт, що він щоранку поспішає на богослужіння. Крім того її непокоїть, що на передовій він змінив релігійну конфесію. З одного боку, вона констатує, що сама відвідує храм лише два рази на рік, а з іншого – вважає, що чоловік не має права змінювати не тільки конфесію, але й церковну спільноту (попри те, що їй самій не подобається церква, яку вони раніше відвідували).

Жінці здається, що чоловік втікає до храму, аби не виконувати домашні обов'язки. Коли вранці вона намагалася його зупити, він спочатку пожартував, а потім відштовхнув її і пішов. Жінка розгублена, вона хоче зібрати речі і піти здому.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2018, № 5. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19

2. Пам'ятка щодо соціальної адаптації демобілізованих учасників антитерористичної операції (АТО) та їхніх сімей. URL: http://dszn-zoda.gov.ua/sites/default/files/loadfiles/ATO/pamjatka.pdf.

Розділ 5.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Практика допомоги дітям, які пережили травмівні події показує: діти значно вразливіші до психотравми ніж дорослі.

Велике значення в плануванні заходів психологічного супроводу має вік дитини, етап її психофізіологічного розвитку, характер пережитих травматичних подій, особливості взаємодії в батьківській родині, особливості психологічного комфорту в нових умовах життєдіяльності.

5.1. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ДИТИНОЮ ТРАВМІВНОГО ДОСЛІДУ

Дитяча психіка інтенсивно розвивається, тому, з одного боку, вона лабільніша ніж психіка дорослого, а з іншого – незрілість психофізіологічних процесів у дитини не дозволяє давати стабільні прогнози щодо наслідків пережитої психотравмівної події.

Ризик виникнення ПТСР у дітей надзвичайно великий. «Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у всіх без винятку дітей, що стали свідками вбивства батьків, більш як 90% дітей, що перенесли сексуальне насильство в дитячому віці страждають від посттравматичних психічних розладів», – зазначає український травмотерапевт Євгеній Тичковський [141].

За наявності психотравми дитина як правило замикається в собі або, навпаки, проявляє не притаманну їй активність; залежно від віку відтворює в іграх ситуації власного травматичного досвіду. Інколи спостерігаються порушення сну, втрата апетиту або патологічно підвищене відчуття голоду, агресивна поведінка або апатія, регресивна поведінка (регрес на ранні етапи розвитку: смоктання пальця, у ліжку постійне перебування в «позі ембріона», підвищена плаксивість і не притаманна дитині потреба в погладжуванні та фізичному контакті, виражене почуття провини і труднощі з увагою та зосередженістю). Всі зазначені сигнали свідчать про те, що дитина потребує допомоги [34; 41; 72].

Часто батьки докладають максимум зусиль, щоб їхній нащадок якомога швидше все викреслив із пам'яті. Вони не розуміють, що витіснення травми в несвідоме може принести більше шкоди, ніж пережита дитиною травма.

Думка про те, що дитині необхідно допомогти забути все, що з нею відбулося – помилкова.

Більшість дітей та підлітків потребують психосоціальної підтримки та психологічного супроводу, проте ті з них, у яких є названа вище симптоматика повинні спрямовуватися до фахівців для отримання психологічної допомоги.

Приводом для **відвідування психолога** можуть бути такі зміни у поведінці дитини:

- відсутність бажання виходити з дому;
- надмірне читання книжок;
- нічні жахи;
- страх темряви;
- страх розлуки з батьками;
- часте миття рук (або надмірне тертя мочалкою тіла);
- страх гучних звуків тощо.

Батьки мають бути активними учасниками реабілітаційного процесу своїх дітей. Насамперед батьки відповідають за психологічну адаптацію та, за необхідності, психологічну реабілітацію їхніх дітей.

Психологи, соціальні працівники, соціальні педагоги мають проводити психологічну просвіту батьків щодо можливих проявів та змін у поведінці та емоційно-почуттєвій сфері дітей, що потребують звернення до психотерапевта чи психіатра [34; 73; 141].

Трапляються ситуації, коли фахівцеві потрібно повідомити про загибель рідної чи близької людини дитині. За подібних умов слід враховувати вік того, кому повідомляється таки звістка. Діти та дорослі по-різному переживають горе.

У випадку повідомлення **дитині про смерть батька чи матері** слід, залежно від віку дитини, дотримуватися таких правил:

1. Добре для «знайомства» зі смертю і її наслідками використати психотерапевтичну казку, або притчу [32].
2. Дитина не завжди усвідомлює трагізм ситуації, і може продовжувати гратися, не проявляючи жодних емоцій і ознак горювання, тому психолог після повідомлення про смерть повинен певний час перебувати поруч із нею, відстежувати її реакції, міру прояву негативних емоційних станів.
3. Діти до семи років не завжди розуміють, що після смерті немає повернення, тож можуть постійно перепитувати, коли повернеться їхня близька людина, тому необхідно знову й знову їм пояснювати, що після смерті немає повернення, що йдуть назавжди.
4. Повідомити про смерть батька чи матері має найближчий для дитини дорослий, той кого дитина добре знає, кому довіряє і бажано той, із ким вона проживає.
5. Психолог має підготувати рідних дитини до повідомлення цієї інформації: увага дорослого має бути зосереджена на дитині, він може плакати, але не ридати, у випадку гніву збоку дитини потрібно проявити розуміння та спокій.

6. У момент повідомлення негативної інформації слід, щоб був тактильний контакт із дитиною (якщо це не причиняє їй дискомфорту): посадити на коліна, взяти за руку, обійняти за плечі.

7. Під час повідомлення трагічної звістки голос того, хто говорить, має бути спокійним, ясним, мова – простою, оповідь – без подробиць.

8. Якщо дитина проявила несподівану реакцію або втекла, слід дати їй зрозуміти, що її почуття – природні. Вона має право злитися, відчувати відчай чи страх, або просто заглибитися в гру (з іграшками чи в комп'ютерну).

9. Після повідомлення негативної звістки необхідно зробити паузу, щоб дитина мала змогу осмислити почуте і запитати те, що їй важливо.

10. Необхідно створити у дитини відчуття безпеки, і дати їй настановлення стосовно того, що світ залишається передбачуваним і стабільним незалежно від втрати;

11. Ресурсними для дитини можуть бути розповіді про віру та релігійні почуття.



НЕ МОЖНА:

- уникати при повідомленні дитині про смерть розмов про померлого (психолог має відповідати на запитання малюка та підтримувати бесіди про померлого);
- сугестувати дитині «бажання померлого» щодо її поведінки і почуттів, щоб не викликати почуття провини за те, що вона не може так діяти і відчувати;
- застосовувати до смерті слова-замінники на кшталт «заснув», «полетів», «перетворився» тощо;
- робити вигляд, що нічого не трапилося та уникати згадок про втрату та горе, які переживає дитина;
- переконувати дитину, що більше вже ніхто не помре.

5. 2. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

У роботі з дітьми з травмівним досвідом використовують методи індивідуальної та групової роботи, а також сімейне консультування та сімейну психотерапії.

У процесі роботи, дитина постійно має відчувати підтримку фахівця. Так, наприклад, якщо дитина зазнала спроб насильства (в тому числі й сексуального), і відчуває сильний страх, приниження і провину, то для стабілізації її стану одним із важливим компонентом реабілітації є похвала та позитивне ставлення: «Ти молодець! Ти вижила! Ти зробила все правильно. Багато людей не впоралися б із цією ситуацією. Дехто, в таких ситуаціях просто плаче собі в куточку і боїться комусь розповісти, а в тебе була мужність поділитися пережитим. Ти, дійсно, молодець. Я тобою пишаюся…».

Особливості індивідуальної роботи з дітьми в першу чергу залежать від їхньої вікової категорії. Методами психологічної допомоги дітям в першу чергу вважаються ігрова терапія, пісочна терапія та арттерапія.

ІГРОВА ПСИХОТЕРАПІЯ

Гра – це не просто діяльність, а одна з форм дитячої комунікації. Вона дозволяє дитині відтворити і переосмислити накопичені образи, висловити ті емоції та почуття, на які в них немає дозволу (внутрішнього чи зовнішнього), або які важко проявляти. Гра дозволяє дитині також подолати негативні емоції шляхом позитивного завершення ситуації, емоції щодо якої виявилися незавершеними.

В ігровій терапії застосовуються:

- психологічні ігри та вправи на встановлення тісного контакту з аніматорами, психологом та членами дитячої групи;
- групові ігри для корекції афективних форм дитячої поведінки, агресії та негативізму;
- ігри спрямовані на зниження сенсорного та емоційного дискомфорту;
- ігри з метою діагностики, виявлення та усунення тривоги, страхів, переживань;
- спеціальні групові рухливі, ритмічні, танцювальні, тілесно орієнтовані ігри;
- імітаційні ігри та маніпуляційні ігри зі спеціальним ігровим матеріалом;
- ритуальні ігри; психологічні творчі ігри.

Ігрові техніки, які можна застосовувати для роботи з дітьми з травмівним досвідом наведено в *додатку 10*.

Ігрова взаємодія здатна замінити бесіду і дозволяє відстежити значущих для дитини осіб та характер її взаємодії з цими особами.

В ігровій терапії використовується правило: що менша дитина, то більші за розміром іграшки. Крім того, необхідно враховувати стать дитини, тому окрім м'яких іграшок та ляльок у психологічному наборі мають бути представлені машинки, інструменти тощо. Іграшки повинні відображати широкий спектр життєвих стратегій: від злісних образів, до добродушних та радісних.

Іграшки надають дитині неоціненну допомогу в самозахисті. Вони дозволяють дитині винести назовні роздвоєння, проектуючи на них свої різні іпостасі. Тому одним із ефективних способів допомоги дитині зняти напруження й запобігти реакцій протесту є створення умов для переносу впливів і почуттів на іграшку не тільки в умовах психологічного кабінету, але і вдома. Тут важлива улюблена іграшка, «спілкуючись» із якою дитина вчиться виявляти індивідуальну турботу, захист, заступництво, вміння співпереживати. Тоді вона може виконувати роль об'єкта для зняття напруження.

ПІСОЧНА ТЕРАПІЯ

Сьогодні існують два базових підходи до пісочної терапії: це юнгіанська пісочна терапія та арттерапевтична практика роботи з пісочницею. Юнгіанська пісочна терапія передбачає чітке дотримання протоколу, починаючи від розмірів та кольору піддону з піском та великої кількості мініатюрних предметів, натомість у другому підході переважно фокусуються на обраній дитиною тематиці або на запиті. При цьому використовують інтерактивні ігри та вправи, а також суміжні психотерапевтичні практики.

Засновником юнгіанської пісочної терапії вважається швейцарський юніганський аналітик Дора Кальфф [177]. На її думку, в процесі терапії проявляється трьохвимірність аспекту душевного стану людини. Через фігурки та їхню взаємодію внутрішній конфлікт переноситься назовні, що дає можливість знайти конструктивні механізми його розв'язання.

В арт-терапевтичному підході пісочної терапії відбувається робота з цілісним процесом без чіткої регламентації та обмежень, що може бути корисним при роботі з невпевненими дітьми, з дітьми, що переживають страхи, або з тривожними дітьми. Пісочна психотерапія у всіх її формах дозволяє проводити терапевтичну роботу з дітьми починаючи з раннього дитячого віку. Звісно тут є певні обмеження в застосуванні, наприклад: наявність у дитини алергії на пісок чи пилюку, наявність проблем зі шкірою чи легеневі проблеми у малюка тощо.

Практичний психолог Л. М. Єремієвська у своїй статті «Пісочна терапія» наголошує на тому, що «**мета пісочної терапії** – не змінювати і переробляти дитину, не формувати в неї спеціальні навички, а дати їй можливість бути собою» [46]. Автор виділяє спектр проблем з якими ефективно працюють, застосовуючи цю терапію.

Показання до застосування пісочної терапії:

- складнощі у взаєминах з дорослими й однолітками;
- психосоматичні захворювання;
- подолання підвищеної тривожності, страхів, агресії;
- стабілізація емоційного стану;
- подолання емоційного напруження;
- розвиток активності, розширення життєвого досвіду;
- тренування зорово-просторової орієнтації;
- звільнення від негативної енергії;
- розвиток дрібної моторики рук;
- розвиток творчих здібностей, фантазії та уяви;
- розвиток зв'язного мовлення, лексико-граматичних уявлень$
- бачення та розуміння власних проблем.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Арт-терапія – напрямок психологічної допомоги, спрямований на активізацію у учасників процесу здатності до усвідомлення власних внутрішніх переживань, ставлень та образів через їхню візуалізацію, створення метафор, символів (тобто атртерапевтичного продукту).

Використання арт-терапії при роботі з дітьми та сім'ями забезпечує як психодіагностичну, так і терапевтичну функцію.

Застосування арт-терапевтичних технік сприяє:

- розвитку рефлексії у дітей та дорослих;
- гармонізації емоційного стану учасників процесу;
- виявленню та вирішенню внутрішніх конфліктів;
- розвитку емоційно-почуттєвої сфери у дітей та їхніх батьків;

- підвищенню рівня емоційного інтелекту;
- розкриттю творчого та особистісного потенціалу як дітей, так і дорослих.

Працюючи з дітьми найчастіше використовують такі арт-терапевтичні напрямки: казкотерапію; ліплення з тіста й малювання; театралізацію; бібліотерапію; музикотерапію; нетрадиційні форми зображувальної діяльності; кольоротерапію; відеотерапію; імаготерапію.

КАЗКОТЕРАПІЯ

Ефективним напрямком роботи з дітьми є **казкотерапія**. Спроба завести пряму розмову з дитиною нерідко призводить до її замкнення і втечі від розмови. А слухати історію – це зовсім інша справа. Дитині не читають настанови, її не звинувачують і не змушують говорити про свої проблеми, вона просто слухає розповідь про дівчинку чи хлопчика, таку саму, як і вона чи він. Діти мають можливість дізнаватися щось нове, щось зіставляти і порівнювати без неприємних психологічних наслідків.

Завдяки казці вдається створити зону безпеки для малюка. Дитина ототожнює себе з головним героєм, але коли розповідь доходить до болючої теми, стає на позицію спостерігача, таким чином отримавши можливість спостерігати за своїм двійником, не даючи збентеженню взяти гору над розумом. Історії дозволяють дитині відчути, що вона не самотня в своїх страхах і переживаннях, що інші переживають те ж саме. Це діє заспокійливо. Дитина позбавляється від комплексу неповноцінності, в неї закріплюється впевненість у собі.

Для казкотерапії застосовують різні **види казок**:

а) реалістичні казки;

б) казки, що базуються на психотерапевтичній метафорі;

в) казки написані разом із дитиною;

г) казки адаптовані до дитини;

д) казки складені психологом чи психотерапевтом, що працює з дитиною.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СТВОРЕННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КАЗКИ

1. Необхідно пристосувати історію до самої дитини, наділити головних героїв її особистісними якостями та рисами характеру, герой має переживати ті самі почуття, що й дитина. Якщо дитина сором'язлива, то розповідь про впевнену та комунікабельну дитину навряд чи їй допоможе. А невпевнена в собі дівчинка, що долає труднощі і знаходить друзів, стане хорошим прикладом для наслідування.

Необхідно, щоб казковий герой зустрічався з тими самими проблемами і ситуаціями, що й дитина, яка прийшла на консультацію. (Проблеми мають бути представлені з позиції дитини, а не фахівця чи батьків.)

2. Мова має бути простою і зрозумілою дитині. Психотерапевтичні історії не повинні бути дуже довгими. Створюючи казку для маленьких дітей, в яких ще недостатня концентрація уваги, необхідно уникати різних дрібниць та пояснень. Натомість, для підлітків важливі деталі та нові ідеї – тож оповіді для них можуть інколи нагадувати повісті.

3. Слід не обмежуватися лише страхами та проблемами дитини. Потрібно підкреслити також і її сильні сторони та досягнення. Діти можуть надмірно фіксуватися на проблемах і забувати про свої сильні, позитивні якості.

4. Створюючи реалістичні історії, варто якомога частіше використовувати гумор. Це стимулює інтерес, і є ефективним засобом проти тривожних станів, хвилювання і страхів.

5. Під час розповіді слід стежити за дитиною, звертати увагу, в якому місці вона захоплена подіями, де відволікається та втрачає інтерес. Якщо оповідання її не цікавить, значить, щось не так, або дитина ще не готова це сприймати. Коли немає впевненості, в якому напрямку слід вести розповідь далі, необхідно спитати дитину: «Як ти гадаєш, що зробила потім дівчинка (хлопчик)? Цікаво, про що вона (він) подумала?».

6. У історії має бути хороше закінчення. Треба вселити в дитину надію, що вона обов'язково знайде вихід із ситуації. Закінчення можуть бути результатом застосування навичок спілкування, визнання і розуміння того, що відчуває дитина, усвідомлення того, що з часом переживання пройдуть.

7. Психолог має враховувати і свій емоційний стан – якщо він стривожений, то ці почуття можуть передатися дитині.

8. Якщо дитина спробувала втілити в життя рішення, яке було напрацьоване в казці, а в неї щось не вийшло, потрібно обережно з'ясувати, що саме вона робила; розказати ще одну історію про героя, в якого спочатку нічого не вийшло, але він був наполегливий, і знайшов вихід [35].

Психотерапевтична казка не має буквально відтворювати події з життя дитини, інакше інформації буде дуже важко пробитися в несвідоме. Саме тому в психотерапевтичних казках не застосовують просте відтворення проблеми дитини чи дорослого. Дитині через образи тварин, рослин, явищ природи дозволяють опосередковано пережити проблемні зони, і завдяки такій казці базові неусвідомлені деструктивні моделі поведінки замінюються конструктивними стратегіями взаємодії з зовнішнім світом і з собою.

Створюючи психотерапевтичні казки слід враховувати, що казка має висвітлювати **етапи життя головного героя**.

На першому етапі – **«жили-були»** – зазначається характеристика головного героя, його умови життя й особливості проблеми.

Другий етап – **«одного разу»** – розкриває суть події, що ставить головного героя казки перед проблемою.

На третьому етапі – **«й тоді»** – герой приймає рішення.

Четвертий етап – **«для цього»** – описує події, що характеризують процес подолання труднощів на обраному шляху.

Заключний етап – **«до чого прийшли»** – демонструє позитивні наслідки прийнятого рішення й докладених зусиль.

«Життєві історії» (реалістичні казки) – персоналізовані, в них діє герой чи героїня, наділені характерними рисами конкретної дитини, і зустрічаються вони з тими ж проблемами, що й дитина. Головний герой, звичайно, знаходить шляхи порозуміння і вирішення труднощів.

Терапевтичні казки на основі реалістичних історій дозволяють дитині сформувати модель вирішення тієї чи іншої проблеми. Проте казки можуть нанести шкоду, якщо в них будуть описані умови випереджаючих негативних реакцій дитини. Наприклад, малюк-переселенець іде до нової школи чи дитячого садка. І для підготовки дитини застосовується реалістична казка. Але якщо у цій казці описані деструктивні прояви дитячого закладу освіти, або деструктивні прояви героя в умовах закладу, то дитина може засвоювати не тільки шляхи подолання проблем, але й самі проблеми. **Будь-які прояви героя, що не відповідають проблемам дитини, не потрібно озвучувати в казці в процесі корекційної роботиі!**

У роботі з дитиною можна використовувати казку на основі як простої (в основі переважної більшості притч та дитячих казок), так і складної психотерапевтичної метафори.

Казка на основі складної психотерапевтичної метафори будується за принципом трьохшарової «матрьошки»:

1. Опис ситуації з позиції реалістичності без заявлення основної проблеми дитини;
2. Події пов'язані з актуальною проблемою дитини;
3. Зв'язок реалістичних подій та заявленої проблеми дитини.

Казки, побудовані на основі складної психотерапевтичної метафори, не потребують обговорення. Їхня основна дія спрямована не на свідомість, а на підсвідомість слухача. Таким чином створюється нова конструктивна матриця подолання труднощів, що призводить до

заміни травмівних життєвих сценаріїв на позитивні. Обговорення чи відтворення подібної казки в груповій роботі доречно лише через певний проміжок часу.

Для прикладу наведемо (*див. Додаток 11*) казку побудовану за принципом складної психотерапевтичної метафори присвячену темі неповносправності. Така проблематика актуальна в першу чергу для дітей, що живуть у зоні бойових дій або зазнали арт-обстрілів, у яких (або в їхніх братиків та сестричок) є тілесні ушкодження.

АРТ-ТЕРАПІЯ ЗА ДОПОМОГОЮ МАЛЮВАННЯ

Арт-терапія малюванням застосовується як в індивідуальній, так і груповій роботі з дітьми. Тут слід враховувати принцип: що менша дитина, то більшим має бути аркуш паперу.

Наведемо декілька прикладів арт-терапевтичних методик.

МЕТОДИКА КОЛЬОРОВОЇ СУБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ

Для індивідувального консультування добре підходить методика кольорової суб'єктивізації, що базується на відтворенні засобами кольору почуттів та вільних асоціацій дитини. Ця методика найкраще підходить для роботи з дітьми молодшого шкільного віку та з підлітками. В основі базового підходу є психоаналітичний прийом – метод вільних асоціацій, який дозволяє виявити як проблематику актуального психологічного стану дитини, так і її особистісні глибинні конфлікти.

Методика кольорової суб´єктивізації достатньо проста у використанні. Дитині пропонують зосередитися на внутрішніх відчуттях. Працюючи з психотравмою слід виокремити й болючий сегмент переживань і опрацювати його до кінця, тобто до стану беземоційного відреагування на заданий об'єкт. Працюють з **почуттєво-емоційними переживаннями дитини, тут-і-тепер**.

1. Береться аркуш паперу (бажано розміром А3) і прикріпляється у вертикальному положенні. Інструментарій складається з пензлів різного розміру та форми, гуашевих фарб. Перший крок полягає в тому, що дитині пропонують вдивлятися у фарби і відчути, який колір відповідає її стану тут-і-тепер (або відповідає ставленню до конкретної особи чи події).

2. Дитина має будь-яким чином заповнити весь простір аркушу фарбами обраного кольору (рисочками, крапочками, галочками тощо)

3. Потім пропонується відійти і вже на відстані відчути, якого кольору бракує для відзеркалення внутрішнього стану.

4. Після цього дитина повертається до свого аркуша і доповнює малюнок кольором, якого на її думку бракує. Подібні «відсторонення-наближення» тривають доти, доки дитина не відчує, що всі почуттєві компоненти вже зображені.

5. Фахівець повертає аркуш за часовою стрілкою, пропонуючи дитині вдивитися в «малюнок», і визначити його розташування на рівні, що найбільше відповідає внутрішньому стану дитини.

6. Наступний етап – дитина віддаляється і визначає, «що їй нагадує зображення на малюнку». І вже від цього образу проводиться подальша робота з художнім перетворення і малюнка, й емоційно-почуттєвої сфери дитини.

Працюючи з дитиною психолог обережно, ненав'язливо звертає увагу дитини на те, що простір змінюється. Тут застосовуються **прийоми прояснення та інтерпретації** з поступовим переходом до авторської дитячої позиції з'ясувань (*табл. 5.1*).

Таблиця 5.1

ПРОТОКОЛ ВЗАЄМОДІЇ З ДИТИНОЮ

ЖИТТЄВА СТРАТЕГІЯ	ЕТАП ГОРЮВАННЯ	РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ
1. Що ти зараз відчуваєш, згадуючи цю ситуацію	2. Подивися уважно на фарби, а потім на малюнок і відчуй, якого кольору бракує для відображення твоїх почуттів щодо цієї події	3. Познач на цьому малюнку своє місце в цій події
4. Подивися уважно якого кольору бракує, щоб передати твої відчуття	5. Подивися на фарби і відчуй, який колір іде від тебе в той простір, що ти намалював?	6. Тобі й зараз у цьому просторі некомфортно, чи щось змінилося?
7. Що тобі нагадує зображення на цьому малюнку?	8. А що на ньому бракує для того образу, який ти відчуваєш?	9. Далі працюють, аби завершити переживання образ і емоцій

ДЗЕРКАЛЬНИЙ ВИГИН

На аркуші паперу дитина залишає великі краплі рідкої розведеної фарби, найбільш відповідної її емоційному стану.

Потім аркуш згинають навпіл і половини щільно притискаються одна до одної. Після розгортання аркушу, можна побачити незвичайні, химерні візерунки.

Ці візерунки можуть стати хорошим проективним матеріалом для аналізу внутрішнього світу маляти. Коли дитина дивиться на «своє творіння», варто запропонувати їй (якщо це дозволяє її психічний стан) відповісти на кілька запитань, а саме:

- Що ти відчуваєш, коли дивишся на це зображення?
- Що тобі нагадує цей малюнок?
- Що в ньому тебе дратує?
- А що викликає почуття спорідненості?
- Де на цьому малюнку можна розмістити тебе?

Кожна відповідь може стати своєрідним кінцем наявних деструктивних переживань дитини і допомогти їй рухатися далі, переосмислюючи власні проблеми, переструктуровуючи особистісний внутрішній простір.

Можна запропонувати дитині покроково додавати згідно з власним бажанням, колір, який символізуватиме світло.

Наприкінці слід запропонувати дітям розповісти про свої відчуття від «сонячних змін».

МЕТЕЛИК

Прийом полягає у зображенні гуашшю або олійною фарбою на половині аркуша цупкого паперу (ватману) метелика зі складеними крилами.

Як і в попередній техніці слід зігнути аркуш навпіл і щільно притиснути половинки одна до одної. Розгорнувши аркуш, ми побачимо зображення метелика з розправленими крилами. Метелика, що збирається злетіти.

Цей прийом після вербальної психотерапевтичної взаємодії може допомогти і дитині, і групі знайти особистісні ресурси для нового життєвого старту.

Розмова має відбуватися у такому ключі:

- Що для тебе (вас) значить розправити крила?
- Який на твою (вашу) думку, слід зробити перший крок, щоб розправити саме свої крила?
- Чого тобі (вам) бракує, щоб підготуватися до злету?
- Який перший крок ти (ви) можете зробити, щоб відчути внутрішню свободу метелика, який готовий до польоту?

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ З ПСИХОТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Навчальна та розважальна психолого-педагогічна робота передбачає:

- спільне визначення та чітке дотримування правил групи;
- спортивно-інтелектуальні квести;
- пізнавальні бесіди та вікторини «на тему дня»;
- настільні ігри;
- кулінарні майстер-класи;
- тематичні розважальні програми;
- творчі майстер-класи;
- чергування дітей та допомогу аніматорам;
- зустрічі з цікавими людьми;
- виховні бесіди аніматорів із дітьми;
- дитячо-батьківські свята та розваги;
- навчальні мультфільми та відеоролики про визначних людей.

ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РОДИНІ:

а) психолого-педагогічні семінари (наприклад, «Діти і війна: лікуємо любов'ю», «Вікові кризи у дітей» тощо);

б) психологічні тренінги (наприклад, «Безумовна любов та увага до дитини», «Дисципліна – це добре чи погано?» тощо);

в) кулінарні майстер-класи тощо.

ТЕАТРАЛІЗОВАНА АРТ-ТЕРАПІЯ

У театралізованій арт-терапії основний наголос ставиться на особистісній активності та вільному самовираженні дитини. Велика роль у цьому процесі відводиться імпровізації, спонтанності. «На відміну від традиційного театру основна увага в театралізованій психологічній роботі спрямована не на зовнішні форми, а на внутрішні переживання учасників. Структура психологічної театральної роботи складається з двох частин: тренінгу і власне постановки спектаклю, основне значення надається саме тренінгу» [112].

Приклад ефективної програми психологічного супроводу дітей вимушено переселених осіб, що активно застосовується в роботі з дітьми МБО «Карітас-Київ» представлено в *Додатку 12*.

Театралізована арт-терапія може стати для дитини експерементальним майданчиком для отримання досвіду взаємодії із зовнішнім світом у всіх його проявах В умовах подолання травматичного досвіду, використання засобів театралізованої арт-терапії, допоможе перетворити процес засвоєння базових цінностей у внутрішнє становлення маленької особистості та творче розкриття її власних уявлень, відчуттів та поглядів.

БІБЛІОТЕРАПІЯ В РОБОТІ З ДІТЬМИ

Бібліотерапія – це психотерапевтичний підхід засобами слова та книжки спрямований на оздоровлення людини за допомогою системи підібраних (у відповідності до проблематики) окремих творів чи книжок.

Одним з різновидом бібліотерапії є **біблієтерапія**, що використовується, в першу чергу, для дітей з християнського середовища, хоча до даної роботи можуть залучатися також і діти інших релігійних конфесій. (Зазначений підхід може успішно використовуватися і при роботі з дітьми з мусульманського, іудейського середовища та інших релігійних конфесій, але при цьому необхідно інтегрувати в програму приклади та тексти, що в більшій мірі відображають специфіку їхнього культурного та релігійного середовища). Особливо біблієтерапія може бути актуальною для дітей, що проживають у зоні бойових дій і мають особливу потребу в захисті. Оскільки часто дитина один на один залишається з травмівною ситуацію, тож відчуття того, що є Хтось більший за неї, чи за її батьків збільшує психологічний резерв для проживання травмівної дійсності.

В умовах реорганізації всіх життєвих процесів родини, що пережила екстремальні події та набула психотравмівного досвіду, особливо добре зарекомендувала себе **театралізована бібліотерапія**. У процесі засвоєння дитиною цінностей засобами театралізованої бібліотерапії (зокрема біблієтерапії) використовуються:

а) музичні постановки;
б) хореографічні постановки;
в) художнє слово на сцені;
г) сценографія;
д) театралізована гри.

Звісно, в умовах кризових подій подібний підхід досить важко виконати в повному обсязі. Але сам принцип засвоєння інформації і переведення її у особистісний досвід дає позитивні

результати для збереження позитивної життєвої орієнтації. Цей підхід може застосовуватися як у центрах психологічної допомоги дітям, так і на уроках «Християнської етики», а також у дитячих закладах освіти (в тому числі заснованих релігійними спільнотами).

Діти навіть дошкільного віку можуть самостійно підбирати музичний супровід до окремих уривків для текстів, навчати пісням відповідного змісту чи розучувати театралізовані танці із синхронними ритмічними рухами (наприклад: танець-подяку за життя, танець-візуалізацію «Море, що розходиться», гаївки тощо).

Крім того **музика** може не лише підсилити виконання певної ролі чи зображення явищ природи (звуки моря, вітру, спів птахів), але й зовсім замінити слова, приховуючи у собі зміст того, що глядач повинен зрозуміти самостійно (наприклад, тужлива мелодія, під час якої Мойсей іде пустелею, може передати страх і невпевненість пророка перед своїм покликанням).

Мистецтво танцю та музична постановка тісно зв'язані із наступним засобом театралізованої діяльності – **сценографією** – «мистецтвом створення зорового образу вистави засобами декорацій, костюмів, освітлення і техніки постановки»[9].

Для опанування дітьми навичками сценографії, слід зосередити їхню увагу на видах оформлення сцени, яке може бути підібране на основі пропозицій та порад дорослого або ж сфантазоване самими дітьми: «створення» пустелі із гофрованого паперу (або навіть зі старих газет), янгольських крил із вати чи пір'я та вбрання апостолів із білого полотна (або звичайного простирадла).

У процесі створення театралізованого дійства, основним засобом театралізованої діяльності постає **виконання та слухання художнього слова**. Керівник творчого процесу повинен не тільки сам усвідомлювати усю глибину і важливість прочитаного тексту, але й дозволити дитині через слово в його інтонації, ритміці торкнутися глибин сутності сказаного, а також відчути естетичну якість та багатство рідної мови. І тут на допомогу можуть прийти літературні поетичні та прозові твори, що відповідають ціннісному тлумаченні обраної проблематики.

У процесі творчого розвитку таким бібліотерапевтичним засобом як «слово», діти навчаться відчувати та вміло використовувати емоційність слова. При використання театралізованої бібліотерапії важливим інструментом є **театралізована гра** (*Додаток 12*).

Біблієтерапевтичний підхід, що базується на театральному жанрі, допомагає малюкам сприйняти й усвідомити усю глибину Божого слова через призму творчості, а, отже, – через серце, емоції та почуття. Методика «П'ять промінців» (*Додаток 13*) може успішно застосовуватися не тільки в християнському середовищі, але й бути адаптованою в мусульманській чи іудейській релігійній спільноті. Така адаптація має проводитися в тісній взаємодії з представниками духовенства зазначених спільнот.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 5

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Самостійно опрацюйте методику правопівкульного малювання. Як ця методика може бути застосована в роботі з дітьми, що пережили травмівну ситуацію.
2. Підготуйте огляд сучасних позиційних настільних психотерапевтичних ігор для дітей. Які з них, на Вашу думку, можна успішно використовувавти для роботи з дітьми з травмівним досвідом. Обгрунтуйте свою відповідь.
3. Прийоми складаня терапевтичних казок (парадоксальні казки, казки-дилеми, казки без закінчення, спільні казки тощо).

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть основні методи психологічної роботи з дітьми з травмівним досвідом і обґрунтуйте їхню ефективність.
2. Наведіть основні види арттерпевтичної допомоги дітям дошкільного віку.
3. Дайте визначення, що таке пісочна психотерапія і чим юнгіанська пісочна психотерапія відрізняється від арт-терапевтичної допомоги засобами пісочниці.
4. Специфіка психологічного консультування дитини з використанням терапевтичних казок. Основні акценти у складанні терапевтичної казки для дитини с агресивною чи ворожою поведінкою.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Є підозра, що дитина стала жертвою сексуального насильства, як можна використати казкотерапевтичний підхід для з´ясування реальної ситуації з дитиною. Напишіть казку, що сформувала б у дитини внутрішній дозвіл на розповідь про травмівні події, які вона пережила.
2. Напишіть казку для дитини шести років, в якої мама-ветеран із ознаками ПТСР, періодично «зривається» на дитині. Допоможіть дитині відокремити образ люблячої мами від проявів хворобливої агресії.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Алекс С., Вопель К. Не вчи мене, але дозволь мені вчитися (в 2-х частинах). Львів : Свічадо, 2011.
2. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. Посібник /під ред. Гридковець Л. М. К : Літера, 2015. 207 с.
3. Гридковець Л. М. Долаймо труднощі разом з дитиною: Казкотерапія дитячих проблем. Л. : Скриня, 2013.
4. Эль Г. Н. Человек, играющий в песок. Динамичная песочная терапия. – СПб. : Речь, 2010. 208 с.
5. Зинкевич-Евстегнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. СПб. : Речь, 2010. 340 с.
6. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. СПб. : Речь, 2006. 160 с.
7. Логинова О. Арт-терапия. Песочная терапия при работе с травмой. Фрагмент передачи. Съемки СТРИМ телевидение, 2016. URL: https://www.youtube.com/watch?v=Ojof0BKRbx8
8. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: практичне керівництво. Л. : Свічадо, 2012.
9. Сиротич Н. Диво твоїми руками/ Посібник для вихователів та катехитів. – Л. : Свічадо, 2009. 64 с.
10. Фабер А., Мазліш Е. Як слухати, щоб діти з нами говорили. Як говорити, щоб діти нас слухали. Львів : Свічадо, 2010. 300 с.

Розділ 6.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПСИХОЛОГІВ, СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ВОЛОНТЕРІВ ТА КАПЕЛАНІВ

6.1. ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЯК ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ХАРАКТЕР РОЗГОРТАННЯ ТА СИМПТОМАТИКА СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ – ЦЕ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ НА ТРИВАЛІ СТРЕСИ РІЗНОГО РІВНЯ ІНТЕНСИВНОСТІ, ОБУМОВЛЕНА ЇЇ ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ, ЩО РОЗГОРТАЄТЬСЯ В ПОЕТАПНОМУ ПРОХОДЖЕННЯ РІВНІВ НАПРУЖЕННЯ, РЕЗИСТЕНЦІЇ ТА ВИСНАЖЕННЯ.

Кожен рівень супроводжується чотирма симптомами:

НАПРУЖЕННЯ

Причина напруження – професійна діяльність у атмосфері нестабільних стресових обставин, фізичного та психічного перевантаження, підвищеної відповідальності.

Напруження проявляється у:

1) **переживанні психотравмівних обставин** (людина сприймає професійну реалізацію як травмівну, при цьому стресогенних чинників важко або й зовсім не можна уникнути, або вони посилюються);

2) **невдоволенні собою** (виникає почуття провини за прогалини в діяльності, звинувачення себе в неспроможності виконати належним чином поставлені завдання; може виникати відчуття некомпетентності, втрата здатності бачити позитивні наслідки своєї праці);

3) **відчутті «загнаності в клітку»** (з'являється відчуття безвихідності ситуації, бажання втекти);

4) **тривозі та депресії** (спостерігається розвиток тривожності стосовно діяльності, що супроводжується підвищенням нервовості, депресивним настроєм).

РЕЗИСТЕНЦІЯ

Людина намагається відгородитися від неприємних вражень, зовнішніх впливів. Опір стресу починається з моменту появи тривожного напруження (що є абсолютно природним). Фахівець, свідомо чи несвідомо, намагається зменшити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних в його розпорядженні стратегій:

1) **неадекватне вибіркове емоційне реагування** (неконтрольовані емоційні реакції);

2) **емоційно-моральна дезорієнтація** (розвивається байдужість до клієнтів, підозрілість, постійні думки на кшталт: «такі люди не заслуговують на добре ставлення», «їм не можна допомагати», «не я вас туди посилав» тощо);

3) **розширення сфери економії емоцій** (емоційна замкненість, відчуження, бажання припинити будь-які комунікації);

4) **редукція обов'язків** (згортання діяльності, прагнення якомога менше часу витрачати на виконання обов'язків пов'язаних із професійними обов'язками, запізнення на роботу; відчуття того, що робота стає все важчою і важчою, а виконувати її – все складніше і складніше; з'являються думки про те, що слід звільнитися з роботи).

ВИСНАЖЕННЯ

Відбувається втрата наявних психічних ресурсів, зниження емоційного тонусу, ослаблення нервової системи, що проявляється через:

1) **емоційний дефіцит** (розвиток емоційної нечутливості на тлі перевиснаження, мінімізація емоційного внеску у взаємодію, автоматизм, спустошення фахівця під час виконання професійних обов'язків; поява відчуття, що вже немає можливості допомагати іншим людям; в поведінці з'являються різкість, грубість, дратівливість, образи;

2) **емоційне відчуження** (створення захисного бар'єру у комунікаціях; особа майже повністю виключає емоції зі сфери діяльності, її майже нічого не хвилює, майже нічого не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні, причому це не вихідний дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за тривалий час взаємодії з клієнтами емоційний захист);

3) **деперсоналізація** (порушення стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, із ким потрібно спілкуватися, виконуючи професійні обов'язки);

4) **психосоматичні та психовегетативні порушення** (погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних і психовегетативних порушень, як розлади сну, головний біль, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб. Навіть думки про роботу викликають поганий настрій, негативні асоціації, безсоння, почуття страху, неприємні відчуття в області серця, судинні реакції тощо).

Н. Водоп'янова, Т. Ронгинська, Е. Старченко в своїх дослідженнях описали гендерні, вікові, соціальні особливості схильності до професійного вигорання, зокрема:

а) у жінок частіше розвивається емоційне виснаження, як у чоловіків;

б) чоловіки більше звертають увагу на оцінку професійної успішності, в них частіше розвивається дегуманізація;

в) групою ризику, в першу чергу, стають молоді фахівці та фахівці похилого віку;

г) стаж роботи є опосередкованим фактором розвитку синдрому вигорання;

д) сприятливими особистісними рисами для розвитку синдрому є:

- недостатня автономність;
- емпатія;
- інтроверсія;
- низька самоповага;
- трудоголізм;
- нереалістичні очікування;
- фактори відсутності соціальної підтримки;
- нестабільна або низька оплата праці;
- соціальна незахищеність працівника.

Окрім зазначених, до чинників сприятливих для розвитку синдрому професійного вигорання соціальних працівників, психологів, волонтерів та капеланів належать:

1) монотонність роботи, особливо якщо її смисл здається сумнівним;

2) сурова регламентація часу роботи, особливо за умови нереальних термінів її виконання;

3) робота з немотивованими клієнтами, які постійно опираються спробам допомогти їм;

4) невирішені особистісні конфлікти спеціаліста;

5) хронічна напружена психоемоційна діяльність:

- інтенсивне спілкування;

- негативні емоції;
- інтенсивне сприймання, переробка та інтерпретація отриманої інформації;
- необхідність приймати рішення;

6) психологічно складний контингент, з яким працює людина:

- поранені;
- тяжкі та термінальні хворі;
- особи з психічними відхиленнями;
- діти, що страждають від різних травм та захворювань.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ХАРАКТЕР РОЗГОРТАННЯ ТА СИМПТОМАТИКА ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ФАХІВЦІВ

Професор психології Паул Словік писав: «Що більше людей помирає, то менше ми цим переймаємося». Що ж таке втома від співчуття?

Співчуття виникає, коли страждає інша людини (чи група людей), в ситуації суб'єктивного усвідомлення міри її (їхнього) страждання, пов'язаного з подіями, що були або є загрозою для цілісності особи, її психічного чи фізичного здоров'я та психологічного благополуччя. Місія співчуття – полегшення стану тих, хто страждає.

У західних наукових джерелах виділяють відмінність між поняттями «**вигорання**» та «**втома від співчуття**». По-перше, це відмінність у динаміці прояву негативних симптомів. А саме: втома від співчуття досить часто виникає раптово, а вигорання розвивається поступово, воно пов'язане зі стресами та труднощами професійної діяльності. По-друге, у випадку професійного вигорання допомагає зміна діяльності, а якщо це втома від співчуття, то психологічна допомога має надаватися людині у процесі її «співчутливої» діяльності.

«Ми безпосередньо не переживали травмівних подій, але чули історії, які розповідаються з надзвичайною інтенсивністю. Ми так часто чуємо подібні історії, а оскільки в нас є дар і прокляття надзвичайної емпатії, тому ми щоразу страждаємо з тим, кому допомагаємо. Ми відчуваємо почуття наших клієнтів. Ми переживаємо їхні страхи. Ми не мріємо про своє. Зрештою, ми втрачаємо певну іскру оптимізму, гумору та надії. Ми втомлюємося. Ми не хворі, але ми не є собою», – влучно говорить про стан втоми від співчуття К. Фіглі [196].

Втому від співчуття ще називають **вторинною травматизацією**. Вона відрізняється від вигорання, проте може співіснувати з ним. Втому від співчуття може викликати якийсь один випадок, а інколи – це наслідок сукупної травматизації через дотик людини до багатьох травм.

ВТОМА ВІД СПІВЧУТТЯ (COMPASSION FATIGUE) ЦЕ – СТАН НАПРУЖЕННЯ ЧИ НАКОПИЧЕНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ФАХІВЦЯ ВНАСЛІДОК РОБОТИ, ЩО ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ У ПОВТОРНОМУ ПЕРЕЖИВАННІ ДОСВІДУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ ПІДОПІЧНОГО АБО В УНИКАННІ ЗГАДОК ПРО ПОДІБНІ ПОДІЇ ТА В ПОСТІЙНОМУ СТАНІ ЗБУДЖЕННЯ; ПРИРОДНИЙ НАСЛІДОК СТРЕСУ ЧЕРЕЗ ОПІКУ ТА ДОПОМОГУ ЛЮДЯМ АБО ТВАРИНАМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ.

Симптоми втоми від співчуття:

а) **психічне виснаження**:

- зростання інтенсивності емоційних проявів;
- зниження когнітивних здібностей;
- порушення процесів мислення.

б) **психологічне виснаження**:

- зменшення часу та інтенсивності взаємодії з іншими людьми (ізоляція);
- деперсоналізація (симптоми, що не є наслідками реальних причин);
- зниження відчуття психологічного благополуччя та сенсу професійної діяльності;
- порушення поведінки та суджень;
- можливі депресія та ПТСР;
- зміни в переконаннях та психологічних потребах – безпеці, довірі, повазі, близькості та контролю;
- гнів стосовно винуватців події чи причинно-наслідкових явищ.

в) **фізичне виснаження**:

- збудження нервової системи;
- втрата чи збільшення ваги;
- порушення сну.

г) **духовне виснаження**:

- прагнення до ізоляції;
- втрата морального духу;
- зниження самооцінки;
- збіднення емоційної модуляції;

- зміни в ідентичності, світогляді та духовності;
- втрата надії та смислу життя (екзистенційний відчай);
- образа на Бога;
- можлива відмова від Бога (за наявності в минулому зовнішньої та внутрішньої релігійної активності).

Стадії розвитку «втоми від спічуття»:

1) ентузіазм;
2) стагнація;
3) розчарування;
4) апатія.

Методи самодопомоги у випадку «втоми від співчуття» (за доктором медицини Ф. Ошберга):

Слід зробити:

- знайдіть когось, із ким можете поговорити про свій стан;
- зрозумійте, що біль, який ви відчуваєте, є нормальним;
- робіть фізичні вправи і правильно харчуйтеся;
- висипайтеся;
- приділяйте собі час;
- розвивайте інтереси за межами професійної діяльності;
- виділіть, що є важливим для вас, і визначте пріоритети.

Не слід робити:

- звинувачувати інших;
- робити в цей час щось нове – шукати нову роботу, купувати нову машину, розлучатися або одружуватися;
- постійно скаржитися своїм колегам;
- працювати важче і довше;
- займатися самолікуванням;
- нехтувати власними потребами та інтересами.

Втома від співчуття може розвиватися у широкому спектрі професій системи «людина-людина».

Чинники, що збільшують ризик вторинної травматизації:

1) травмофокусована психологічна та психотерапевтична спеціалізація фахівців;
2) фізичне перезавантаження клієнтською практикою або кількістю запитів про допомогу;
3) здійснення самогубства клієнтом чи підопічним;
4) надання психологічних, психотерапевтичних, духовних, медичних та соціальних послуг людям із групи ризику або небезпечним особам;
5) постійна робота з людьми, що страждають від депресії;
6) психологічна робота з особами, що зловживають дітьми;
7) спеціалізація на психотерапії втрати, горя, горювання;
8) психологічна підтримка особи, в якої вмерла або вмирає дитина [168].

6.2. ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

До основних принципів психогігієни та психопрофілактики професійного вигорання можна віднести: принцип комплексності, принцип системності, принцип розвитку психіки та орієнтацію на ресурси особистості.

ПРИНЦИП КОМПЛЕКСНОСТІ

Психологічна допомога вимагає інтеграції компонентів, що стосуються різних сфер життя як окремої людини, так і суспільства загалом. Психопрофілактика професійного вигорання повинна мати комплексний характер. Принцип комплексності у цій сфері полягає в тому, що в кожному досить складному процесі професійної діяльності необхідно враховувати всі його аспекти: психологічні, соціальні, ідеологічні, економічні, організаційні. Тобто, потрібно враховуватися всі аспекти психопрофілактики.

ПРИНЦИП СИСТЕМНОСТІ

Принцип системності у психологічній профілактиці синдрому емоційного вигорання у працівників сфери «людина-людина» розкривається через пізнання складних об'єктів, що забезпечують формування та функціонування системи професійної діяльності. До визначальних системних принципів відносять: цілісність, структурність, взаємозалежність системи і зовнішнього середовища, ієрархічність.

ПРИНЦИП РОЗВИТКУ ПСИХІКИ

Тут об'єктивно виявляються і реалізуються в детермінації поведінки, зв'язку психіки з діяльністю, інтегративності біологічної, психологічної, соціальної та духовної складової особистості.

ОРІЄНТАЦІЯ НА РЕСУРСИ ОСОБИСТОСТІ

Особистими ресурсами психолога, соціального працівника, волонтера та капелана є: сила Я-концепції, самоповага, самооцінка, усвідомлення власної значимості (не в контексті визнання колег та клієнтів, а в якості екзистенції), самодостатність (за наявності відкритості до співпраці як із клієнтом, так і з колегами), здатність до вдячності.

Є низка тренінгових методів підготовки та вдосконалення психотерапевтів: терапевтичні тренінги, інтерперсональні тренінги, балінтовські групи, котерапія та супервізія, що допомагають напрацюванню необхідних особистісних якостей, посилюють наявні ресурси фахівця та попереджують професійну деформацію і професійне вигорання.

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Рівень професійного вигорання корелює з рівнем емоційного вигорання фахівця. І хоча в деяких джерелах ці поняття визначаються в якості тотожних, варто зауважити, що емоційне вигорання є базовою стрижневою структурою професійного вигорання. Тому при психодіагностуванні фахівця варто в першу чергу використовувати тест **В. Бойка «Емоційне вигорання»** (*Додаток 14*), який дозволяє відстежити психологічний стан фахівця за шкалами:

1. Незадоволення собою.
2. «Загнаність у клітку».
3. Редукція професійних обов'язків.
4. Редукція особистих досягнень.

5. Відсутність соціальної підтримки.
6. Емоційна спустошеність,
7. Особистісна відчуженість (деперсоналізація).

ОПИС СИМПТОМІВ ЗА ШКАЛАМИ ТЕСТА

1. НЕВДОВОЛЕННЯ СОБОЮ (НС)

Людина не вдоволена рівнем зусиль, що докладає, та результатом власної діяльності. Вважає, що здатна на більше, але через власну лінь або малодушність виявилася неспроможною. Причиною НС може бути внутрішній моральний конфлікт між загальнолюдськими цінностями та принципами особистості або між принципами та вимогами дійсності.

Відчуття НС може виникати у творчих особистостей, людей, чий розум потребує інтелектуально складних завдань, якщо вони тривалий час залишаються без діла. Таке НС характерне для особистостей, що самоактуалізуються, воно є імпульсом для внутрішньої роботи над собою та самовдосконалення.

НС може бути фоном негативної самоконцепції – негативних настановлень щодо себе, що склалися під впливом думок, висловлювань значущих для особистості людей. У такому випадку НС – це неадекватна занижена самооцінка, що спричиняє негативне ставлення до себе, а загалом і до світу. Характерна для людей, що знаходяться у депресивному стані.

У результаті невдач або нездатності вплинути на психотравмівні обставини, людина, зазвичай, відчуває невдоволення собою, вибраною професією, посадою, конкретними обов'язками. Діє механізм «емоційного перенесення» – енергетика спрямована не лише і не стільки назовні, як на себе. Виникає замкнутий енергетичний контур – «Я й обставини»: враження від зовнішніх чинників діяльності постійно травмують особу і спонукають її знову й знову переживати психотравмівні елементи професійної діяльності.

Рекомендації:

- час для себе;
- робота з супервізором;
- перегляд рейтингу цілей;
- позитивна психотерапія;
- тренінг спілкування у групі;
- робота над Я-концепцією.

2. «ЗАГНАНІСТЬ У КЛІТКУ» (ЗК)

Людина реально оцінює обставини, що склалися, але вважає, що не здатна щось змінити і досягти бажаної мети. В особи виникає відчуття фатуму – нездатності впливати на хід подій. Характерно для станів, що передують афекту, або після пережитих шокових станів (залежно від домінування симпатичної чи парасимпатичної нервової системи у людини).

За наявності симптому ЗК, рівень працездатності та ефективності праці значно знижується. Можливе загострення хронічних захворювань. Яскравіше виявляються психосоматичні симптоми.

У чоловіків ЗК частіше виявляються за несприятливих економічних умов або/та в ситуаціях цейтноту на робочому місці. У жінок симптоми ЗК частіше виявляються негативними емоційними переживаннями у зв'язку з конфліктною сімейною ситуацією. ЗК властива для людей пенсійного та передпенсійного віку, що може призводити до неадекватності поведінки, оцінки намірів оточуючих, нівелювання цінностей прожитого життя, «безперспективного трудоголізму».

Симптом ЗК виникає в результаті стресу, іншими словами, є логічним продовженням стресу. Коли психотравмівні обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо, людина часто відчуває стан безвихідності. Це приводить до зростання психічної енергії і, якщо вона не знаходить виходу, якщо не спрацьовує який-небудь засіб психологічного захисту, включаючи «емоційне вигорання», то людина переживає відчуття «загнаності в клітку».

Рекомендації:

- зміна зовнішніх обставин;
- тривалий (достатній) відпочинок;
- переведення на посаду експерта (не передбачає необхідності приймати рішення в екстремальних ситуаціях, але створює ореол загального визнання).

3. РЕДУКЦІЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ (РПО)

Симптом часто викликається «паперовою тяганиною», непродуктивною організацією робочого місця та/або робочого дня. У певних випадках РПО може пов'язуватися з несприятливим психологічним кліматом у колективі або мікрогрупі, в якій працює людина. Спостерігається у разі сімейних негараздів, що не дають сконцентруватися на роботі. РПО можлива за асинхронності темпів професійного росту працівника та темпів його кар'єри, за відсутності виконання значущості особистого внеску у загальну справу.

Термін «редукція» означає спрощення. У професійній діяльності, що передбачає широке спілкування з людьми, редукція виявляється в спробах полегшити або скоротити професійні обов'язки, що передбачають емоційні витрати.

Це – фаза «виснаження» характеризується зниженням загального енергетичного тонусу й ослабленням нервової системи. Емоційний захист у формі «вигорання» стає невід'ємним атрибутом особи.

Рекомендації:

- аналіз ставлення індивіда до групи;
- перегляд системи стимулів та заохочень працівника;
- реорганізація умов праці.

4. ЕМОЦІЙНА ВІДЧУЖЕНІСТЬ (ЕВ)

При цьому симптомі можна спостерігати ефект «кам'яного обличчя», людина справляє враження надто ділової та зібраної. Високий рівень самоконтролю. ЕВ властива для осіб, що займають керівні посади: необхідність приймати «об'єктивні рішення» змушує не звертати увагу на «людський фактор».

Людина з симптомами ЕВ відчуває себе чашою, наповненою негативними емоціями. Захисні механізми психіки запобігають психічному «вигоранню», тому людина закривається, замикається у собі, відгороджуючись від будь-яких емоційних подразників. Наслідки – психосоматичні хвороби, міжособисте відчуження, дистрес, депресія.

Людина майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. Її майже нічого не хвилює, майже ніщо не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні. Причому це не базовий дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за роки роботи з людьми емоційний захист.

Рекомендації:

- раціонально-емоційна психотерапія;
- тренінг організаційних умінь (для управлінців);
- арттерапія.

5. ОСОБИСТІСНА ВІДСТОРОНЕНІСТЬ/ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ (ОВ)

Людина відчуває себе спостерігачем, глядачем, а «справжнє життя» відбувається не за її участі, а ніби на сцені чи на екрані. Відчуття власної відсутності у житті близьких людей, зокрема, збідніння емоційної насиченості стосунків («мене не розуміють»), у разі духовної кризи – відчуття відсутності власного Я.

Симптом ОВ спостерігається за деяких акцентуацій характеру та/або хронічних психічних станів, що межують із психопатологією. Людина не може приймати рішення. «Сильні» особистості наполегливо, іноді нав'язливо, займаються самоаналізом. «Слабкі» виявляють схильність до втечі від самого себе за допомогою алкоголю, наркотиків, самообману.

Виявляється в широкому діапазоні ставлень і вчинків професіонала в процесі спілкування. Насамперед – це повна або часткова втрата інтересу до людини, особистісна відстороненість. Людина сприймається як неживий предмет, як об'єкт для маніпуляцій – із нею доводиться щось робити.

Рекомендації:

- терапія з елементами психоаналізу;
- трудотерапія;
- сімейна психотерапія;
- робота з супервізором.

Здійснюючи психологічну профілактику професійного вигорання, на різних рівнях розгортання цього процесу, важливо орієнтуватися на ресурси професіонала та виділяти біологічну, психологічну, соціальну та духовну складову особистості (*див. таблиця 7. 1*).

Таблиця 7.1

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

РІВНІ	БІОЛОГІЧНА СКЛАДОВА	ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА	СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА	ДУХОВНА СКЛАДОВА
Профілактичний	Забезпечення фізичних параметрів діяльності: • свіже повітря; необхідне обладнання;	Забезпечення психологічних параметрів: відчуття безпеки і затишку, візуальний та акустичний комфорт.	Забезпечення соціальних потреб. Конструктивна оцінка діяльності. Новизна: • залучення до нових тем та проектів.	Відвідування мистецьких заходів. Спілкування з природою Підтримка членами релігійних спільнот

	• комфортні умови праці (або обмеження часу перебування в некомфортних умовах); • зручний одяг тощо. Забезпечення фізіологічних параметрів життєдіяльності: достатній сон; якісне харчування; фізична діяльність; фізичні вправи	Супервізія. Психотренінги	Спілкування з сім'єю та друзями. Заняття улюбленою справою, хобі (комп'ютер, фільми, книжки, вишивання садівництво, рибальство, туризм тощо)	
Напруження	Забезпечення фізичних параметрів для зняття напруження: прогулянки на свіжому повітрі; зручний одяг; комфортні умови праці. Забезпечення фізіологічних параметрів для зняття напруження: • тривалий і якісний сон; • збалансоване вітамінами і мінералами харчування (зокрема з вмістом магнію і вітаміну Е); • ранкова гімнастика; • танці; фітотерапія; масаж; ароматерапія; водні процедури (контрастний душ, сауна, басейн); • заняття спортом; бодинаміка тощо	Забезпечення психологічних параметрів: • гумор; • уникнення або мінімізація конфліктів та невизначених обставин (особливо тих, що виходять за межі посадових обов'язків) та зайвої відповідальності; розвиток позитивного мислення (вміння помічати позитивні речі, а не зосереджуватися на негативі). Супервізія. Аутотренінг. Психотренінги	Конструктивно-стимульна оцінка діяльності; нагородження за ефективну діяльність. Новизна: зміна діяльності; відвідування професійних конференцій; подорожі. Спілкування з сім'єю та друзями. .Заняття улюбленою справою: • комп'ютер; фільми; • книжки; вишивання; садівництво; рибальство; • туризм тощо	Збалансування групової роботи та усамітнення (з домінуванням групової роботи). Відвідування мистецьких та духовних заходів. Відвідування цільових реколекцій. Духовно-релігійний супровід

Резистенція	Забезпечення фізичних параметрів: • збільшення часу сну; • розширення зони зовнішнього комфорту. Забезпечення фізіологічних параметрів: • збалансоване харчування; • додаткове вживання вітамінів; танцювальна терапія; • аромотерапія; бодинаміка; заняття спортом; масаж; відвідування сауни та басейну	Супервізія. Психотренінги. Аутотренінг. Психотерапія	Скорочення прямого професійного навантаження; урізноманітнення діяльності; спілкування з людьми відповідно до інтересів. Поєднання навчання, оцінки й оновлення (досягається на виїздних заходах). Заняття улюбленою справою: • комп'ютер; фільми; • книжки; вишивання; садівництво; рибальство; туризм. Спілкування з сім'єю та друзями Публікації	Використання методів медитації, візуалізації (з використанням образів улюбленого куточка природи). Баланс групової роботи та часу усамітнення (з переважанням усамітнення). Участь у мистецьких та духовних заходах
Виснаження	Забезпечення фізичних параметрів: • комфортні умови життєдіяльності; • свіже повітря. Забезпечення фізіологічних параметрів: • тривалий відпочинок санаторно-курортного типу;	Бодинаміка. Психотерапія: • клієнт-центрована; • атр-терапія; • духовно-орієнтована; • екзистенційна; • тілесна тощо	Спілкування з сім'єю та друзями. Заняття улюбленою справою: • комп'ютер; • фільми; • книжки; • вишивання; • садівництво; • рибальство; • туризм тощо.	Духовно-релігійний супровід. Духовне відновлення. Перебування на природі

	• вживання лікарських препаратів рекомендованих лікарем; • відновлювальні процедури		Зміна виду діяльності на період реабілітації (відмова від консультування та надавання професійної допомоги)	

Є влучна приказка «Хороший психолог – живий психолог». Вона стосується всіх фахівців, професія яких пов'язана із допомогою людям. Для того, щоб давати іншим, треба самому бути в ресурсі. Ми не можемо дати людям того, чого немає в нас. Відповідно один із численних обов'язків фахівця – попіклуватися про себе.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 6

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи має право психолог, у якого результати психодіагностики свідчать про наявність високого рівня синдрому емоційного вигорання, продовжувати психологічну практику, якщо у військовій частині, реабілітаційному закладі чи в місті немає іншого психолога?
2. Хто має опікуватися профілактикою професійного вигорання працівника, і хто має забезпечувати витрати на його професійну реабілітацію?

ЗАДАЧА

Ваша колега в особистій розмові зізналася, що вже два місяці мріє лише про домовину. Їй здається, що це єдине місце на світі, де її ніхто не буде чіпати, і єдине місце, де вона нікому, нічого не буде винна. В неї відсутні суїцидальні думки, але відстежується яскраво виражений депресивний стан. При цьому вона виконує свої обов'язки, хоча й зізнається, що в неї немає сили виконувати їх належно, ніхто не помітив «відсутності якості» в її роботі.

Опишіть свої дії в цій ситуації і стратегію допомоги колезі.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть причини розвитку синдрому професійного вигорання у психологів, соціальних працівників, волонтерів.
2. Охарактеризуйте рівні розвитку синдрому професійного вигорання.
3. Окресліть заходи профілактики синдрому емоційного вигорання у сфері психологічної реабілітації.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Продіагностуйте себе за методикою В. Бойко «Емоційне вигорання». Подивіться на результати обстеження так, ніби це результати психодіагностики вашого клієнта. Письмово складіть «йому» психологічні рекомендації, виходячи з результатів психодіагностики. Дотримуйтеся цих рекомендацій у своєму житті.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навчальний посібник для вузів та інститутів післядипломної освіти / Наук.ред. С. Д. Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова. Київ : Міленіум, 2004. 258 с.

2. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. Посібник /під ред. Гридковець Л. М. К: Літера, 2015. 207 с.

3. Пророк Н. В. Самовдосконалення як умова виживання в складних ситуаціях, які виникають на професійному шляху / Н. В. Пророк // Social and Economic Priorities in the Context of Sustainable Development: monograph. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2016. Pp. 191-199.

4. Кондратенко Л. О., Манилова Л. М., Чекстере О. Ю. Вплив психологічного стресу, викликаного гібридною війною в Україні, на професійні спроможності педагогів. URL: http://orcid.org/0000-0003-4037-9652 275

ГЛОСАРІЙ

АДАПТАЦІЙНИЙ СИНДРОМ	сукупність неспецифічних змін у діяльності організму (реакція захисту), викликаних впливом зовнішніх патогенних подразників (стресорів), спрямованих на підтримку стану фізичного і психічного гомеостазу. Виділяють три стадії адаптаційного синдрому: • стадія тривоги: мобілізація компенсаторних можливостей організму з метою відновлення порушеного гомеостазу; • стадія опору (стабілізації), резистентності: формування певного гомеостазу (інколи завдяки патологічному функціонуванню) в умовах впливу стресорів; • стадія виснаження адаптаційних можливостей (дистрес): організм переходить до патологічного функціонування (зокрема, це може спричинити психотичні розлади); повне виснаження адаптаційних можливостей призводить до загибелі організму. На цій стадії велика небезпека суїциду.
АДАПТАЦІЯ	Здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичного гомеостазу. Адаптація – основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду).
АДАПТАЦІЯ ПСИХІЧНА	Пристосування психічної діяльності людини до мінливих умов середовища шляхом збереження психічного гомеостазу. Одним із її варіантів є соціально-психологічна адаптація, що впливає на трансформаційну, пізнавальну, ціннісно-орієнтовану і комунікативну функції життєдіяльності людини.
АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА	Специфічно людська форма адаптації, що забезпечує особистісний розвиток шляхом спрямованої, активної взаємодії з природними і соціальними умовами життєдіяльності. В процесі соціально-психологічної адаптації реалізуються освітня, пізнавальна, ціннісно-орієнтувальна, трансформаційна і комунікативна функції життєдіяльності людини.
АДИКЦІЯ (*Лат. addictus – приречений, по-рабськи зобов'язаний*)	Симптом деформації духовної природи людини, що проектується на соматичний, психічний та соціально-психологічний рівні життєздійснення людини та породжує деструктивні форми стосунків та адаптації.

АНТИСОЦІАЛЬНА (ДЕЛІНКВЕНТНА) **ПОВЕДІНКА**	Це поведінка, що суперечить правовим нормам, загрожує соціальному порядку і благополуччю оточення. Вона включає будь-які дії (або бездіяльність), заборонені законодавством.
АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА	Дії, спрямовані на завдання шкоди своєму соматичному чи психічному здоров'ю. Варіант агресивної поведінки, коли суб'єкт і об'єкт агресії збігаються. В агресії й аутоагресії однакові патогенетичні механізми, але агресивна поведінка може спрямовуватися на інших або на себе.
АФЕКТ	Короткотривала бурхлива, позитивно чи негативно забарвлена емоційна психогенна реакція.
АФЕКТИВНА РОЗРЯДКА	Дії, спрямовані на емоційне вираження негативних, важких для особистості переживань. Аутоагресивні дії часто є формою афективної розрядки.
ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС	Розлад, що з'являється в людини без якихось інших проявів психічних розладів, у відповідь на незвичайний фізичний чи психічний стрес / психотравму і, зазвичай, минає через кілька годин чи днів.
ГОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ (ГСР)	Може бути одним із наслідків травмівної події. Гостру стресову реакцію, як і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), характеризують чотири типи симптомів: 1) симптоми повторного переживання травматичної події (нав'язливі спогади чи сни); 2) симптоми уникання (уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних із травмівною подією); 3) симптоми заціпеніння (зокрема, почуття відокремленості, відстороненості, відірваності від інших); 4) симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, поганий сон, підвищена настороженість). Між ГСР та ПТСР є дві ключові відмінності: а) тривалість симптомів: ГСР діагностується у період від двох днів **до одного місяця** після впливу травмівної події, в той час як ПТСР діагностується, коли симптоми (які стосуються ПТСР) тривають **більше, ніж місяць** після травмівної події; б) при ГСР особливого значення набувають симптоми дисоціації (а саме: відчуження, відірваності та приголомшеності; деперсоналізація і дереалізація).

ГРУПОВА РОБОТА	Проведення психологічних тренінгів, груп підтримки засобами стандартизованих процедур, спрямованих на безпечне саморозкриття учасників, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів вирішення власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання і саморозвитку, засвоєння нової інформації і збагачення репертуару комунікативних та поведінкових стратегій.
ДІАГНОЗ ПСИХОЛОГІЧНИЙ	Кінцевий результат діяльності психолога, спрямований на опис індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінити актуальний стан, спрогнозувати розвиток і дати рекомендації, що визначається задачею психодіагностичного обстеження.
ДУХОВНА ІПОСТАСЬ	Визначальна сутність особистісного буття людини, що зумовлює її активність у двох площинах життєздійснення: горизонтальній – середовищі діяльнісної самореалізації й індивідуального самоствердження, та вертикальній, що репрезентує духовне зростання особи в онтогенезі, визначаючи її ціннісно-цільові пріоритети у стосунках із Творцем.
ЕКСТРЕМАЛЬНІСТЬ СИТУАЦІЇ	Екстремальність ситуації визначають такі чинники: різні впливи на емоційний стан людини в зв'язку з небезпекою, труднощами, новизною, відповідальністю; дефіцит необхідної інформації чи надмір суперечливої інформації; надмірне фізичне і психічне напруження; вплив несприятливих умов життя, зокрема кліматичних (жара, холод, гіподинамія, киснева недостатність, відсутність елементарних зручностей тощо); наявність голоду, спраги.
ЄВХАРИСТІЯ *(грец. єй-харістія – благодаріння, вдячність, подяка; від грец. єй – добро, благо; грец. харіς – шанування, честь, повага)*	Одне з головних християнських Таїнств, становить основу Євхаристійної літургії в православній, католицькій та деяких протестантських церквах.
КРИЗА ЕКЗИСТЕНЦІЙНА	Форма психічної депривації, психологічний стан втрати сенсу життя обумовлений різкою зміною (руйнуванням) способу життя чи картини себе і світу. У стані екзистенційної кризи висока суїцидальна небезпека.

КРИЗОВА ПСИХОТЕРАПІЯ

Невідкладна психотерапевтична допомога людям, що перебувають у кризовому стані, спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи. Виділяють індивідуальну, сімейну та групову терапію.

Включає етапи:

- кризової підтримки, спрямованої на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту і укладення терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділ відповідальності за результат спільної роботи);
- кризового втручання, спрямованого на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, що блокують оптимальні способи вирішення кризи;
- підвищення рівня адаптації, спрямованого на формування і тренінг нових способів адаптації, що сприяють вирішенню психотравмівного конфлікту.

КРИЗОВИЙ СТАН

Психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСР

Постійно вдосконалюються та уточнюються, оскільки діагностика цього розладу є складним завданням. Згідно із DSM-V, міжнародно визнаною системою класифікації захворювань, виокремлюють такі основні критерії діагностики ПТСР (у реальній діагностиці з перелічених умов чи особливостей, які входять у кожний критерій, має бути дотримана принаймні одна-дві): *критерій A* – історія впливу травматичної події на людину, *критерій B* – повторювання травматичної події, *критерій C* – уникання: постійні намагання уникнути гнітючих, пов'язаних із травмою стимулів після події; *критерій D* – негативні зміни когнітивної сфери і настрою; *критерій E* – зміни збудження і реактивності; *критерій F* – тривалість симптомів (описаних у критеріях B, C, D та E) більше, ніж місяць.

МУЛЬТИ-ДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА	Група фахівців з реабілітації (лікарі, спеціалісти з фізичної терапії, ерготерапії, логотерапії, психологи, соціальні працівники та ін.), які довгий час працюють разом та паралельно надають реабілітаційні послуги особі, що реабілітується, відповідно до лімітованих у часі цілей та завдань для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності особи.
ОНТОЛОГІЯ *(новолат. Ontologia; грецька. ὄν, род. п. ὄντος – суще, те, що існує + λόγος – вчення, наука)*	Вчення про суще; вчення про буття як таке; розділ філософії, що вивчає фундаментальні принципи буття, його загальні дефініції та категорії, структуру та закономірності.
ПОДІЯ СТРЕСОВА	Будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя. Це надто сильні подразники – нещастя, зневажливе ставлення, незаслужена образа, неправда, втрати, несподівані перепони і брак подразників – монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо.
ПОДІЯ ТРАВМІВНА	Характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Це подія, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Травмівну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини. Реакцією на травматичну подію є фізичний і/або емоційний травмівний стрес.
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)	Стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвитися після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. ПТСР може також формуватися в особи, що втратила близьку людину. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й удитини). Але не в кожної особи, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР. Ступінь розвитку цього розладу та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду. Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають більше, ніж місяць.

ПРИНЦИП (*лат. principium – начало, основа*)	Твердження, що сприймаються як головні; важливе, суттєве, неодмінне або бажане.
ПРУЖНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНА (РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ)	Здатність швидко відновлювати фізичне і психічне здоров'я після стресових та травмівних подій. Психологічна пружність характеризується відсутністю надмірної самокритики й негативних уявлень про себе; здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації; вмінням упоратися з горем і занепокоєнням; готовністю долати перешкоди у стосунках; діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану; оптимістичністю; вмінням використовувати позитивні шанси.
ПСИХІЧНА ДЕПРИВАЦІЯ (*англ. deprivation – втрата, позбавлення*)	Стан психічної дезадаптації, коли людина не може задовольнити основні особистісні потреби протягом тривалого часу (фрустрація ціннісних настановлень). Виникає після пережитих (як правило, численних) психотравмівних ситуацій. Характеризується широким діапазоном відхилень психічної діяльності: від незначних змін соціального функціонування до виражених патохарактерологічних чи психопатологічних порушень (реактивні стани, неврози, розлади особистості).
ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ	Діяльність психолога, кінцевим результатом якої є психологічний діагноз. Дані у психологічному обстеженні отримують із використанням психологічних методик (тестів). У процесі обробки й інтерпретації діагностичних даних традиційно виділяються два шляхи: клінічний і статистичний. Клінічний – орієнтований насамперед на досвід психолога, на його інтуїцію; особливістю цього підходу є довіра до суб'єктивного судження. Статистичний підхід передбачає врахування об'єктивних (кількісних) показників та їхню статистичну обробку. Психодіагностичне обстеження завершується розробкою програми дій (наприклад, для корекції, оптимізації психологічного розвитку тощо). При організації і проведенні психологічного обстеження є обов'язковим виконання етичних норм психодіагностики.

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ГАЛУЗЕВО)	Галузь психологічної науки, що створює методи розпізнавання і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.
ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ПРОЦЕСУАЛЬНО)	Визначення психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини шляхом застосування сукупності стандартизованих валідних інструментів та процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів, а також встановлення необхідності та оптимальних шляхів психологічного чи психотерапевтичного втручання. Психологічна діагностика здійснюється в груповій або індивідуальній формі.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА	Область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги як окремій людині, так і групі чи організації; будь-яка цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні; вид допомоги, що надається психологом особі чи групі осіб для відновлення необхідних якостей особистості, психологічного стану, покращення психічних процесів, поведінки, спілкування.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ	Комплекс організаційних, психологічних, медичних та інших заходів, спрямованих на забезпечення успішного подолання воїнами обставин сучасного бою, що травмують психіку, задля збереження боєздатності та запобігання розвитку в них посттравматичних психічних розладів. Психологічна допомога військовослужбовцям включає психологічну підтримку і психологічну реабілітацію.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»	Надання спеціально підготовленими особами, з представників цільової групи, необхідних знань, психологічної підтримки та сприяння формуванню конструктивних комунікативних і поведінкових навичок, стратегій самодопомоги та взаємопідтримки, що здійснюється в індивідуальній чи груповій формі серед осіб, рівних собі за певною ознакою, або таких, що мають подібні утруднення.

ПСИХОЛОГІЧНА КРИЗА	Порушення афективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що зумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.
ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА	Система заходів, спрямованих на активізацію психічних ресурсів і на створення додаткових ресурсів для забезпечення боєздатності/працездатності та конструктивного функціонування в соціумі. Психологічна підтримка має здебільшого профілактичний характер і скерована на запобігання розвитку негативних психічних явищ.
ПСИХОЛОГІЧНА ПРОСВІТА ТА ІНФОРМУВАННЯ	Донесення отримувачам інформації, у груповій чи індивідуальній формі, щодо особливостей психічних станів, міжособистісних стосунків, а також стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, ознайомлення отримувачів психологічних послуг з основами психогігієни, формування навичок самодопомоги та взаємопідтримки, а також інформування клієнтів з питань психосоціальної підтримки. Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формі.
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	Система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей людей, постраждалих від травмівних подій, які переживають гострі чи хронічні постстресові та супутні розлади; створення сприятливих умов для розвитку та реалізації потреб особистості.
ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА	Це емоційно болючий стресовий досвід (може включати фізичну травму, а може бути і без неї), що іноді створює загрозу для життя і здоров'я (зокрема, коли особа є свідком подій); це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання (досвід) виявляється недостатньою.

ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ	Суб'єктивне переживання особистості, які ґрунтуються на позитивному ставленні до себе і свого минулого, наявності цілей та занять, що додають життю сенсу, а також на здатності виконувати вимоги повсякденного життя, відчувати задоволення від розвитку і самореалізації та від стосунків із іншими людьми, пронизаними турботою і довірою при збережені здатності наслідувати власні переконання.
ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	Надання клієнту психологічної допомоги з метою вирішення його проблемної ситуації, сприяння осмисленню нового досвіду та особистісному розвитку, налагодженню міжособистісних стосунків, що може проводитися в індивідуальній, сімейній, парній або груповій формі.
ПСИХОТЕРАПІЯ	Цілеспрямоване впорядкування психологічними засобами, через професійні стандартизовані процедури, порушеної діяльності організму та психіки клієнта з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних властивостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення фізичного стану та якості життя. Психотерапія може проводитися в індивідуальній, сімейній чи груповій формі.
РЕАБІЛІТАЦІЯ	Використання всіх можливостей із метою зниження впливу станів, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення особам із обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції.
РЕФЛЕКС ЧЕТВЕРОХОЛМНИЙ	Полісинаптичний рефлекс, що виникає у відповідь на несподіваний зоровий або звуковий подразник, у формі швидкої загальної рухової та емоційної реакції. Може супроводжуватися вегетативними проявами (підвищенням артеріального тиску, появою тахікардії тощо). Рефлекторні дії короткотривалі (близько секунди), при цьому припиняються всі інші форми рухової активності. У дітей рефлекс спостерігається з 4-місячного віку. (Четверохолмний рефлекс описав у 1949 р вітчизняний невропатолог Є. В. Сеппо).
САКРАМЕНТАЛЬНІСТЬ	Вища священна, заповітна цінність, що оберігається.

САМОГУБСТВО (СУЇЦИД)	Усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що спричиняють смерть.
САМОРУЙНІВНА ПОВЕДІНКА	Різні форми поведінки людини, що спричиняють соціальну, психологічну і фізичну дезадаптацію, деградацію особистості, погіршення психічного і фізичного здоров'я (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, схильність до невиправданого ризику; асоціальна поведінка тощо).
СИНДРОМ ВТРАТИ	Стан, обумовлений втратою значущої людини через її смерть чи розрив стосунків. Поняття «синдром втрати» стосується й ситуації різкої зміни способу життя через втрату чогось або суб'єктивне відчуття і переживання такої втрати (наприклад, втрата професії, місця проживання, непрацездатність внаслідок інвалідизації). Може бути причиною психогенних та психосоматичних розладів, великий ризик суїциду.
СИНДРОМ ГОСТРОГО ГОРЯ	Психологічний симптомокомплекс, що розвивається після смерті особливо значимої людини. Проявляється: • інтенсивним відчуттям фізичного страждання (нападами задухи, прискореного серцебиття, м'язової слабості, втрати апетиту), емоційним напруженням із можливим розвитком шокової реакції; • захопленістю образом втрати з можливим ілюзорним сприйняттям реальності; • відчуттям провини стосовно померлого; • агресивністю, ворожістю до оточуючих; • зміною поведінки, недоцільними діями, обумовленими звуженням мотиваційної сфери; • ідентифікацією з утратою.
СИТУАЦІЯ ГІПЕР-ЕКСТРЕМАЛЬНА	Внутрішні навантаження спричинені такою ситуацією часто перевищують людські можливості, руйнують звичайну поведінку і дії, можуть призвести до небезпечних наслідків. В екстремальних та надзвичайних ситуаціях люди, зазвичай, піддаються впливу стресових і травмівних подій.

СИТУАЦІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНА	Виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду», загрожує (чи так сприймається) життю, здоров'ю, цілісності, благополуччю людини. Джерело травматизації – людина чи суспільство.
СИТУАЦІЯ НАДЗВИЧАЙНА	Виникає внаслідок аварії, небезпечного природного явища, стихійної чи техногенної катастрофи; може спричинити людські жертви, шкоду для здоров'я, значні матеріальні втрати і порушення умов життєдіяльності людей.
СКРИНІНГ (ВІДСІЮВАННЯ, ВІДБІР, СОРТУВАННЯ)	Психодіагностична процедура попереднього, орієнтовного відбору досліджуваних за критерієм приналежності їх до тієї чи іншої групи діагностованих. Для скринінгу можуть обиратися різні критерії, зокрема, критерій імовірного психічного захворювання. Цей термін широко використовується в медицині, де означає систему первинного обстеження груп осіб без клінічних симптомів із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання.
СТРЕС	Неспецифічна реакція організму на різні подразники, що допомагає людині пристосуватися до мінливих умов.
СТРЕС ЕМОЦІЙНИЙ	Захисна реакція організму, спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції.
СТРЕС ТРАВМІВНИЙ (ПСИХОТРАВМА)	Переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання: людина не може ні втекти, ні протистояти тому, що відбувається. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю; фізіологічними, когнітивними змінами та змінами способу регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади.
СТРЕС ФІЗИЧНИЙ	Реакція організму, спрямована на захист від фізичних впливів зовнішніх чинників, що викликають ушкодження, опіки, отруєння, захворювання тощо.
СУПЕРВІЗІЯ	Консультування з питань професійної діяльності психолога / психотерапевта (супервізанта) більш досвідченим колегою, що дозволяє супервізантам усвідомлювати й аналізувати власні професійні дії і власну професійну поведінку, отримувати психологічну підтримку та вдосконалювати фахову компетентність. Супервізія проводиться / надається в індивідуальній або груповій формі.

СУТНІСНЕ Я	Сакраментальний потенціал особистості, що визначає її спроможність шляхом актуалізації й опредметнення духовних інтенцій – добра, краси, істини, блага як сенсу людського життя загалом та суб'єктних здатностей – самопізнання, самовизначення, самотворення, самотрансценденції приєднатися до метафізичної сакральної реальності та сповнення Духовного ідеалу.
ТЕЛЕФОН ДОВІРИ	Невідкладна анонімна психотерапевтична допомога, що надається по телефону.
ТЕСТ	У психологічній діагностиці – стандартизоване, часто обмежене в часі випробування, спрямоване на встановлення кількісних і якісних індивідуально-психологічних відмінностей. Тест є основним інструментом психодіагностичного обстеження, за допомогою якого здійснюється психологічний діагноз. У психодіагностиці (залежно від тестових задач) існують різні класифікації тестів (зокрема: тести вербальні і практичні, групові та індивідуальні, тести інтелекту й особистості тощо).
ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ	Виокремлюють п'ять типів травм (за характеристиками самої травми: її інтенсивності, складності, тривалості, частоти, походження; та індивідуальних особливостей переживання і життєвого досвіду людини): 1) **монотравма** пов'язана з неочікуваною чи приголомшливою подією, такою як аварія, природна катастрофа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини; 2) **повторювана травма** – пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо; 3) **травма розвитку** – виникає в дитинстві внаслідок тривалої чи повторюваної травми – фізичного, емоційного насильства тощо; 4) **інтергенераційна травма** – характеризує психологічний чи емоційний ефект, який відчувають люди, що мешкають поряд із тими, хто пережив травму; 5) **трансгенераційна травма** – це психологічна травма, що відчувається впродовж життя кількох поколінь, які безпосередньо не спілкувалися між собою; 6) **історична травма** – сукупна емоційна та психологічна рана, що відчувається впродовж життя одного покоління чи кількох поколінь; випливає з масової групової травми.

ТРАНСЦЕНДЕНТНІСТЬ *(лат. transcendo – переступати, що переступає чи перевершує, що виходить за межі)*	Термін із філософських та богословських дисциплін, що характеризує принципово недоступне досвідному пізнанню або те, що не ґрунтується на досвіді.
ТРИВОЖНІСТЬ	Особистісне утворення, комплекс емоцій страху, гніву, роздратованості, хвилювання тощо. Такі емоції призводять до різних психосоматичних і вегетативних змін, які мають несприятливий вплив на формування і розвиток особистості. Причинами тривожності можуть бути несприятливі психологічні, соціально-педагогічні, соціальні умови, в яких перебуває людина.

ДОДАТКИ

Додаток 1

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'ЮВАННЯ

Мотиваційне інтерв'ювання можна використовувати в різних ситуаціях взаємодії з людиною з травмівним досвідом, оскільки цей підхід дозволяє активізувати внутрішню мотивацію особистості до змін [35; 64].

ЕТАПИ МОТИВАЦІЙНОГО ІНТЕРВ'ЮВАННЯ

1. Визначення рівня мотивації особи до змін загалом та до продовження взаємодії з фахівцем чи відвідування групи, зокрема.
2. Робота спрямована на сприяння прийняттю рішення особи щодо зміни власної поведінки (що передбачає роботу з внутрішніми та зовнішніми вчинками).
3. Психологічний супровід клієнта відповідно до стадій його готовності до змін.

СТАДІЇ ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН:

- **стадія передусвідомлення**, що найчастіше проявляється у відсутності розуміння необхідності змін аж до їхнього заперечення;
- **стадія усвідомлення** – аналіз можливих вигод від змін;
- **стадія прийняття рішення** – висловлюється готовність клієнта до взаємодії й активних дій щодо власної зміни;
- **стадія дії** – початок активних дій щодо зміни власних вчинків;
- **стадія підтримки** – закріплення досягнутих результатів, прийняття можливих регресів на попередніх стадіях, активізація потреби в подальшому розвитку.

Мотиваційне інтерв'ювання можна використовувати працюючи з ресурсною картою людини.

Додаток 2

ДИРЕКТИВНИЙ СТИЛЬ КОНСУЛЬТУВАННЯ ЛЮДЕЙ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ [35; 60; 83; 86]

Під час консультування людей із психотравмівним досвідом корисно використовувати **методи директивної взаємодії**.

1. **Чітко сформулюйте пропозицію або вказівку до дії (***див. с. 23***).**

2. **Використовуйте парадоксальні вказівки** (парадоксальні інтенції).

Парадоксальні інтенції є корисними у роботі з клієнтами, що відмовляються або не можуть виконувати конкретні пропозиції і вказівки.

Клієнту пропонується виконувати принаймні тричі неправильні дії (наприклад, якщо скаржиться на поганий сон, пропонується спробувати не спати; якщо є страх снайперської кулі – вийти на вулицю і спробувати «спіймати цю кулю» тощо).

3. **Застосовуйте метод рольової взаємодії.**

Клієнту або учасникам групи пропонується, перш ніж впровадити в життя визначену в ході консультативної взаємодії модель поведінки чи відреагування, потренуватися в її застосуванні у «лабораторних умовах».

– Давайте відтворимо цю ситуацію ще раз, у ролях, тільки ви застосовуєте ту форму поведінки, про яку ми домовились або яку визначили.

4. **Позитивний рефреймінг – дерефлексія.**
   - Ідентифікуйте негативне переживання, думку.
   - Тепер знайдіть щось позитивне в цьому переживанні і зосередьтеся на ньому…
   - А тепер спробуємо знайти ту цінність, яку має позитивний та негативний фактор цього переживання в сукупності».

На цьому етапі варто скласти «штурмову карту».

ШТУРМОВА КАРТА

№	Питання	Відповіді
1	Способи стабілізації власного стану, що були ефективні в мирний час	
2	Способи стабілізації власного стану, що ефективні зараз	
3	Опис проблеми за сегментами	
4	Кроки вирішення окремого більш-менш керованого сегменту	
5	Рішення, що допомагали в минулому	
6	Рішення, що допомагають зараз	
7	Способи зміни ситуації	
8	Опис навичок необхідних для вирішення ситуації	
9	Визначення і засвоєння нових навичок необхідних для вирішення ситуації	
10	Характер допомоги необхідний від інших людей	
11	Отримання додаткових послуг або їхнього списку (для генерації нових ідей)	

5. Аналізуйте імовірні наслідки знайдених рішень

На цьому етапі відбувається аналіз усіх запропонованих у «штурмовій карті» рішень та визначення короткотривалих та довготривалих наслідків їхнього впровадження.

6. Рейтинг знайдених рішень

Зробіть комплексний аналіз «за» та «проти» представлених вище рішень та їхніх наслідків, і складіть рейтинг отриманих варіантів розв'язання проблеми.

7. Узагальніть і перенесіть отриманий досвід у повсякденне життя

На цьому етапі виділяється найкращий варіант розв'язання проблеми, розробляється план його втілення, визначається мотивація для реалізації і, відповідно, план втілення в життя. Наприклад:

- Коли саме ви збираєтеся це зробити?
- Що вам заважає розпочати це сьогодні?

У процесі втілення в життя «плану реалізації» паралельно має відбуватися моніторинг ефекту, а якщо необхідно, то внести певні корективи.

Ефективними на цьому етапі є навички підсумовування та директиви, а також складні навички ведення консультативного інтерв'ю.

Додаток 3

ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

Проблемно-орієнтоване консультування може застосовуватися як в індивідуальній так і в груповій роботі з особами, що зазнали травмівного впливу.

ЕТАПИ ПРОБЛЕМО-ОРІЄНТОВАНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ [35]

Етап 1. Вітання. Роз'яснення мети консультування чи групової взаємодії

На етапі знайомства формується союз психолога й клієнта чи психолога і членів групи, що сприяє формуванню відчуття комфорту у учасників взаємодії.

На цій стадії консультант використовує методи уважної поведінки, що дозволяє налагодити контакт та зібрати вербальну та невербальну інформацію щодо клієнта чи учасників групи.

Етап 2. Визначення проблеми

На цьому етапі відбувається збір інформації, визначається проблема клієнта чи учасників групи, розпізнаються їхні позитивні якості.

Якщо проблема клієнтові здається надто великою та складною її можна розбити на декілька частин, формуючи різні теми для опрацювання. Необхідно визначити приорітетність тем для клієнта чи групи з метою подальшого поступового їхнього дослідження і пропрацювання.

Слід пам'ятати, що на цьому етапі надзвичайно важливою є підтримка клієнта та учасників групи, особливо під час з'ясування їхніх сильних сторін, оскільки саме вони стають базовими ресурсами у розв'язанні проблеми як конкретної особи, так і групи загалом.

Використовують переважно відкриті запитання з метою отримати якомога більше інформації про клієнта чи учасників групи, уважну поведінку, переповідання, заохочування до розмови. Якщо є хороший контакт із учасниками взаємодії, і у фахівця достатній кваліфікаційний рівень, то вже на цьому етапі можна починати працювати з почуттями та емоціями.

Етап 3. Визначення очікувань

На цьому етапі консультант дізнається, які конкретні результати клієнт чи група очікує від зустрічі.

Також можна з'ясувати образ ідеального світу учасника взаємодії, зокрема запитуючи: «Як би ви хотіли, щоб усе було?», «Якою стала б ситуація, якщо б ця проблема вирішилася?» тощо.

Крім того, досліджують, що мало б змінитися чи відбутися, аби ця проблема була вирішена, а також з'ясовують перешкоди на шляху подолання проблеми.

Психолог застосовує навички вислуховування, активно вживає закриті питання, з метою окреслення результату, який клієнт хоче досягнути.

Етап 4. Мозковий штурм

Мозковий штурм проводиться з метою дослідження альтернатив і конфронтації неузгодженостей в історії клієнта.

Досліджуються варіанти щодо розв'язання проблеми, тобто «що саме клієнт може зробити, аби отримати позитивний чи проміжний результат. Цей етап може включати як когнітивно-поведінкові моделі вирішення проблеми, так і методи творчого вирішення проблеми.

Починати слід із відстежування суперечностей, а далі рухатися за клієнтом у глибину його усвідомлення проблеми. Основна увага тут має бути зосереджена на дослідженні можливостей клієнта та альтернатив вирішення проблеми.

В умовах, коли клієнт чи учасники групи не чітко розуміють можливість використання психологічного ресурсу, фахівці можуть використовувати навички директивного впливу. Проте таке використання відбувається виключно в емпатійній взаємодії із вплітанням конкретних ідей щодо змін. Консультант, співпереживаючи співрозмовнику, ніби йде за ним, сприймаючи його переживання, проте, водночас, перебуває і в позиції спостерігача, не впадаючи в замкнене коло песимізму, яке постраждалий створив собі. А відтак фахівець вільний від того, щоб бачити лише негатив та концентруватися на поганому. Тому, використовуючи навички впливу, він додає слушні почуття, щоразу ледь помітно зміщуючи сприймання клієнта в іншу систему координат, де самодослідження стає головним і водночас продуктивним і не таким травмівним механізмом змін (*відповідь 2*).

Наприклад: *клієнт*: «У цій країні нічого не зміниться. В мене вже немає сили боротися з цією системою».

Мотивуча відповідь фахівця (1): «Ви так хотіли все поміняти і що тепер, готові здатися?».

Мотивуюча відповідь фахівця (2): «Звичайно, можна критикувати, але тоді чим ви будете відрізнятися від тих, кого критикуєте? Давайте подумаємо, які позитивні моменти відкриває вам теперішня ситуація… Який перший крок ви можете зробити, щоб повноцінно використати цей позитив?».

Додаток 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРАКТИКИ У ГРУПОВІЙ ТА ІНДИВІДУАЛЬНІЙ РОБОТІ З ЛЮДЬМИ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ КРИЗОВІ СТАНИ

МЕТОДИКА «GROW». ОПРАЦЮВАННЯ ОЧІКУВАНЬ, ПОСТАНОВКА ЦІЛЕЙ, ПЛАНІВ І ЗАДАЧ

Для постановки запитань, опрацювання цілей, планів і підведення підсумків зручно використовувати методику «GROW» [94], спрямовану на досягнення цілей і системного вирішення проблем. (Абревіатура символічно «збігається» з англійським словом grow, «зростання», що можна вважати особистісним зростанням.)

GROW

Goal – мета. Чого ти хочеш досягти?	Мета – це кінцева точка, до якої прагне учасник. Найважливіше у визначенні мети – умови виконання та чітке розуміння критеріїв досягнення мети. Учасник має відповісти на такі запитання: – Чого саме хочу досягти? (Описуючи мету, корисно використати **модель SMART**) – Яке завдання стоїть переді мною? У чому воно полягає? – У чому вимірюється його результат? – Який результат хочу отримати особисто я? – Який результат очікує від мене оточення? – Чому досягнення цієї мети важливо для мене особисто та/або для оточення загалом? – Для кого і/або для чого ще буде важливий результат? – А що вже є зараз?
Reality – реальність. Що відбувається зараз?	Аналіз умов, у яких учасник перебуває зараз. – Як далеко я зараз від мети? – Яка поточна ситуація? – Які перешкоди я бачу? – Що мені заважає почати? – Які в мене є ресурси (інформація, люди, навички, інструменти та засоби тощо) для вирішення завдання? Тут дуже важливо не перетворитися на людину, яка постійно скаржиться і звинувачує всіх і все навколо – своє оточення, життєву ситуацію, вселенську несправедливість тощо. Потрібно сконцентруватися на фактах – що відбувається?
Obstacles – перешкоди. Що тобі заважає?	Визначення перешкод, які заважають досягненню мети. В момент обговорення перешкоди повинні бути визначені, адже, якби їх не було, мета була б досягнута.

Options – варіанти. Що ти можеш зробити?	Після визначення перешкод потрібно знайти варіанти боротьби з ними або шляхи уникнення, які дозволять наблизитися до мети. Допомогти в цьому можуть такі запитання: – Що саме я можу змінити в цій ситуації? Як я можу вплинути на неї? – Як я можу впоратися з перешкодами? – Які ресурси (інформація, люди, навички, інструменти та засоби тощо) мені ще знадобляться для досягнення мети? – Як я можу отримати ці ресурси? – Хто мені може допомогти? – Як мені допоможе минулий досвід – як я раніше справлялася/вся з такими завданнями? – Що може допомогти просунутися до мети найбільш ефективно?
Will – наміри. Якими будуть твої дії?	Після визначення варіантів пропонується скласти чіткий план дій із визначенням конкретних завдань. Коли ми описуємо свої наміри, важливо визначати їхній позитивний напрямок – ми створюємо **опис своїх дій, уникаючи частки «не»**: – Які найважливіші дії необхідно зробити для досягнення мети? – Що я зроблю в першу чергу? – Які терміни встановлені для моїх дій? – Що станеться, якщо я не виконаю ці дії вчасно?

ТЕХНІКА «ПИРІГ»

Працюючи з самооцінкою людей, що пережили психотравмівний досвід, можна використати метафору «пиріг».

На великому аркуші паперу малюють коло, розділене на сектори, які підписують залежно від потреби – наприклад, здоров'я, стосунки, конструктивне висловлення почуттів, досягнення мети (якої).

Учасники позначають у кожному секторі частину «пирога», відповідно зі своєю оцінкою, починаючи від зовнішнього краю. Що ближче до центру, що більший «шматок», то більш позитивною є самооцінка у цьому аспекті.

Важливо, щоб людина прокоментувала кожен сектор, а потім обговорила його з психологом.

ТЕХНІКА «РУКА»

Техніку «Рука» в першу чергу слід застосовувати з метою аналізу резерву, що є в людини на цей момент. Її можна використовувати і як підсумкову вправу для усвідомлення набутих змін у процесі консультування чи групової роботи.

Учасник на аркуші паперу малює руку, пальці якої символізують його оцінку:

- **Великий палець**: мені вдалося...
- **Вказівний палець**: на це варто звернути увагу наступного разу.
- **Середній палець**: це мені зовсім не сподобалося / не вдалося.

- **Безіменний палець**: атмосфера і команда в проекті були...
- **Мізинець**: мені не вистачило...
- **Долоня**: мій інструктор.

Після того, як записані відповіді і обговорені враження, необхідно проаналізувати за допомогою запитань таке:

– Чого я навчився, а чого не навчився?

– Що мені заважало зосередитися?

– Які очікування справдилися, а на здійснення яких потрібен час?

Застосування даної техніки в першу чергу слід застосовувати з метою аналізу резерву, який особа має на даний момент. Водночас, вона може бути використана і в якості підсумкової вправи для усвідомлення набутих змін в процесі консультування чи групової роботи.

ТЕХНІКА «ПОКУПКИ»

Кожен учасник малює сумку, в яку вписує свої «надбання» – набуті під час підготовки та реалізації проекту знання, навички, емоції, відкриття тощо.

На іншому аркуші паперу пише список «продуктів», яких йому не вистачило і що ще потрібно придбати.

ТЕХНІКА «ПАРОТЯГ»

За допомогою малюнка паротяга аналізують такі параметри.

- **Власне паротяг** – із цим я почав реалізацію проекту, що в мене було (досвід, навички).
- **І вагон** – що в мене є зараз? Чого я навчився? Який досвід вже є?
- **ІІ вагон** – чим мені допоміг інструктор у розробці та в реалізації проекту?
- **ІІІ вагон** – що мені хочеться відчепити від паротяга, з чим я більше не хочу мати справи?
- **Колеса** – що мені допомогло реалізувати проект? Що не дало зупинитися?

ТЕХНІКА «ЗЛЕТИ І ПАДІННЯ»

Вправа використовується для дослідження подій, що сталися з учасником під час психологічної реабілітації.

Необхідні матеріали: ручки, кольорові олівці і папір.

Час: приблизно 30-45 хвилин.

Інструкція: розділіть аркуш паперу на дві частини. Ця лінія буде символізувати проміжок часу, що пройшов від початку реалізації проекту до сьогодні.

Тепер за допомогою кольорового олівця накресліть криву своїх відчуттів, пов'язаних із реалізацією проекту впродовж зазначеного інтервалу. Позитивні думки та враження слід позначати над лінією, а негативні – на нижній половині сторінки.

Після завершення цього етапу спробуйте ідентифікувати те, що в моменти «злетів» і «падінь» обумовлювало появу тих чи інших емоцій.

Обговоріть у малих групах тенденції отриманого графіка, причини коливань упевненості в собі за певних обставин.

Після цього з'ясовується, яким чином це можна використовувати в майбутньому. Обговорюється, що можна зробити для того, щоб графік був над лінією.

Додаток 5

ДУХОВНА ТЕРАПІЯ АДИКТИВНИХ ОСІБ: ХРИСТИЯНСЬКО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД (КЛИМИШИН О. К.)

Кожне заняття триває 1 годину 20 хвилин і проводиться за участі психотерапевта та священнослужителя. Воно розпочинається і завершується спільною молитвою. Особливий акцент ставиться на практикуванні учасниками щоденної молитви та активній участі в Євхаристії.

Розроблена О. Климишин реконструктивна духовна терапія адиктивних осіб за своїм структурним змістом передбачає реалізацію «**12 кроків**»:

1. Ми визнали своє безсилля перед алкоголем і те, що нездатні бути вільними творцями свого життя.
2. Ми усвідомили та визнали всі негативні наслідки вживання алкоголю.
3. Ми глибоко шкодуємо за всі скоєні нами хибні вчинки, пов'язані з уживанням алкоголю, стосовно себе та інших людей.
4. Ми прагнемо духовного та фізичного зцілення, повного звільнення від алкоголю.
5. Ми віримо, що створені за образом і подобою Бога, що постійно присутній у нашому житті.
6. Ми віддаємо своє життя в руки Бога, який може зробити нас здоровими, бо для Нього немає нічого неможливого.
7. Ми обираємо любов – любов до Бога, любов до себе, любов до ближніх.
8. Ми всім своїм єством прагнемо чинити добро і протистояти злу.
9. Ми віримо, що є відповідальними співтворцями світу, а наше життя є важливою (суттєвою) частиною Божого плану.
10. Ми визнаємо, що зобов'язані бути у цьому житті воїнами Христовими, і ми все зможемо з Ісусом Христом.
11. Наше життя віднині це – безперервна робота над собою, щоб бути досконалими, як наш Отець досконалий.
12. Ми віримо, що покликані здати в цьому житті іспит на гідність нашої особи.

Представлені кроки Програми духовної терапії реалізуються під час конкретних занять.

ПРОГРАМА ДУХОВНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

№	Мета заняття	Зміст заняття
1	Інформаційна та емоційно-психологічна підготовка учасників до роботи в умовах групи	1. Інформаційний вступ (знайомство, прийняття правил роботи групи та ознайомлення з поставленими завданнями). 2. Молитва. 3. Діалогічна бесіда на тему «Духовна терапія як шлях оздоровлення від узалежнення». 4. Самозвіт (рефлексія переживань, що виникли в умовах роботи групи). 5. Домашнє завдання: а) практикування молитви; б) самостійне опрацювання Святого Письма (Їв. 3:16-22)
2 – 3	Утвердження в свідомості учасників переконання в тому, що є Творець всіх і всього. В кожну мить свого перебування на землі людина перед Ним здає екзамен	1. Молитва. 2. Діалогічна бесіда на тему «Космологічний, телеологічний, онтологічний, історичний та моральний аргументи, що доказують існування Творця». 3. Самозвіт. 4. Домашнє завдання: а) практикування молитви; б) осмислення обговорених на занятті аргументів для вироблення переконання про існування Творця; в) самостійне опрацювання Святого Письма (Їв. 3:16-22)
4-5 (1 крок)	Створення умов для усвідомлення та визнання факту власного безсилля перед залежністю та потреби в допомозі Вищої Сили –Творця	1. Молитва. 2. Діалогічна бесіда на тему «Залежність як духовна недуга». 3. Самозвіт. 4. Домашнє завдання: а) практикування молитви; б) самостійне опрацюванняСвятогоПисьма (Еф. 6:10-18)
6-7 (2 крок)	Створення умов для актуалізації ситуації деонтичного вибору і формування моральної позиції щодо залежності як абсолютного зла	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему: «Духовна боротьба: протистояння добра і зла». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: практикування молитви

8-11 (3, 4 кроки)	Створення умов переосмислення й усвідомлення причин та негативних наслідків залежності (щодо Творця, себе самого, інших), підготовка до Тайни Сповіді	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему: «Дорогою покаяння та навернення». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: а) практикування молитви; б) Тайна Покаяння та Єлеопомазання; в) самостійне опрацювання Святого Письма (Бут. 1:24-29)
12-13 (5 крок)	Створення умов пізнання особливостей організації внутрішнього світу людини як духовної істоти, духовного резерву у боротьбі з адикцією	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему «Людина як вінець Божого творіння». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: а) практикування молитви; б) самостійне опрацювання Святого Письма (Мт. 7:7-12, 8:1-18, 28-34, 9:1-14, 18-34)
14-15 (6 крок)	Створення умов актуалізації онтологічної віри та формування духовної довіри до Творця, спроможного зцілити	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Бесіда на тему: «Христос – істинний Лікар душі та тіла». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: а) практикування молитви; б) самостійне опрацювання Святого Письма (Мт. 10:34-42)
16-19 (7, 8 кроки)	Створення умов для формування якісно нової життєвої позиції, в якій стверджуватимуться основні християнські чесноти – віра, надія, любов	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему: «Народження нової людини: за своїми думками, словами, вчинками». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: практикування молитви
20-21 (9 крок)	Створення умов для усвідомлення «граничного сенсу» життя людини як творіння Божого та особистісної спроможності його реалізації в щоденному житті	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему «Сенс життя людини в контексті Божого плану порятунку людства». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: а)практикування молитви; б) самостійне опрацювання Святого Письма (Мт. 5:1-14, Штр. 3:6-22)

22-23 (10 крок)	Створення умов для формування навичок духовного життя в новому статусі: молитвотворення, духовна розрада, покаяння	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему «Всі, що в Христа хрестилися – у Христа зодягнулися». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: а) практикування молитви. б) самостійне опрацювання Святого Письма (Мт. 6:24-34, Пв.3:23)
24-25 (11 крок)	Створення умов для рефлексії ціннісно-смислової сфери, систематизації життєвих цілей та означення духовних орієнтирів життєздійснення	1. Молитва. 2. Обговорення домашнього завдання. 3. Діалогічна бесіда на тему «Мій шлях «від звіра до Бога»: зростання у вірі та надії». 4. Самозвіт. 5. Домашнє завдання: практикування молитви
26-27 (12 крок)	Створення умов для усвідомлення перспектив духовного зростання	1. Молитва. 2. Діалогічна бесіда на тему «Гідність людської особи: людини ідеал величний». 3. Самозвіт. 4. Домашнє завдання: практикування молитви

Додаток 6

СТАМБУЛЬСЬКИЙ ПРОТОКОЛ

ГЛАВА VI. ПСИХОЛОГІЧНІ ДОКАЗИ ТОРТУР

А. ЗАГАЛЬНІ ЗАУВАЖЕННЯ

1. Центральна роль психологічної експертизи

Згідно з широко поширеною думкою, тортури – це надзвичайна подія, що призводить до різноманітних фізичних і психологічних страждань постраждалого. Більшість лікарів і дослідників згодні з тим, що надзвичайний характер тортур такий сильний, що негативні психічні й емоційні наслідки будуть незалежно від того, який психологічний стан був у потерпілого до тортур.

Психологічні наслідки тортур виникають у контексті особистого сприйняття того, що сталося, рівня розвитку особистості, а також соціальних, політичних і культурних чинників. Через це не можна вважати, що всі форми тортур матимуть однакові наслідки. Наприклад, психологічні наслідки імітації страти відрізняються від наслідків сексуального насильства, а одиночне ув'язнення або ізоляція навряд чи матимуть такі само наслідки, як і фізичні тортури. Не можна стверджувати, що утримання під вартою і тортури дорослий сприйматиме так само, як і дитина.

Проте є групи симптомів і проявів психологічних реакцій, які зустрічаються регулярно і документуються стосовно осіб, що стали жертвами тортур. Ті, хто вдається до катувань, часто намагаються виправдати свої дії – тортури і жорстоке поводження – необхідністю отримати інформацію. Така концептуалізація заважає зрозуміти мету тортур і її передбачувані наслідки. Одна з основних цілей тортур полягає в тому, щоб довести жертву до стану крайньої безпорадності і душевного страждання, що може призвести до порушення її когнітивних, емоційних і поведінкових функцій.

Тортури – це один зі способів посягання на основні види психологічної і соціальної активності людини. За таких обставин особи, що вдаються до тортур, прагнуть не лише вивести людину з ладу фізично, але й зруйнувати її особистість. Вони намагаються знищити в жертви здатність усвідомлювати себе частиною сім'ї і суспільства, людиною, в якої є мрії, надії і плани на майбутнє. Грубо пригнічуючи і послаблюючи волю своїх жертв, особи, що вдаються до тортур, лякають тих, хто в майбутньому спілкуватиметься з жертвою. Таким чином, за допомогою тортур можна ослабити або подавити волю і єдність цілих громад. Крім того, тортури можуть глибоко зачепити особисті стосунки між подружжям, батьками, дітьми, іншими членами сім'ї і стосунки між жертвами та їхніми громадами. Важливо

зазначити, що не в кожного, хто став жертвою тортур, розвиваються й діагностуються психічні захворювання. Проте в багатьох жертв є сильні емоційні переживання і психологічні симптоми розладів.

Основними психіатричними розладами, пов'язаними з тортурами, є **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і глибока депресія**. Ці розлади зустрічаються серед населення загалом, але вони значно частіше поширені серед людей, що пережили травмівні події. Культурні, соціальні й політичні наслідки тортур для кожної людини унікальні, вони впливають на його або її здатність описувати тортури і розповідати про них. Ці наслідки є важливими чинниками, що сприяють психологічному і соціальному впливу тортур, їх потрібно враховувати під час оцінювання стану людини, що представляє іншу культуру. Дослідження, що проводилися у межах декількох культур, свідчать про те, що феноменологічні або описові методи найбільш раціональні для оцінювання психологічних або психіатричних розладів. Те, що в межах однієї культури вважається розладом поведінки або захворюванням, у рамках іншої культури може патологією не вважатися.

З часу Другої світової війни вдалося багато чого досягти в розумінні психологічних наслідків насильства. В осіб, що пережили тортури та інші види насильства, були відзначені й документально зафіксовані певні психологічні симптоми або групи симптомів. В останні роки діагноз посттравматичного стресового розладу ставлять все більшій кількості людей, що страждають від наслідків найрізноманітніших видів насильства. Але у рамках не західних культур корисність цього діагнозу ще не встановлена. Проте є докази, що дозволяють припускати наявність високого рівня посттравматичного стресового розладу і депресивних симптомів серед травмованих груп біженців різного етнічного і культурного походження. Корисна інформація міститься в дослідженні депресії у різних культурах, проведеному Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Незважаючи на те, що деякі симптоми можуть зустрічатися в різних культурах, вони можуть не відноситися до симптомів, що мають для людини найбільше значення.

2. Контекст психологічної експертизи

Експертизи проводяться в різних політичних контекстах, що обумовлює появу важливих відмінностей у способах її здійснення. Лікар або психолог мають адаптувати нижче наведені керівні принципи до конкретної ситуації і мети експертизи (*див. главу III, розділ С.2*). Можливість без ризику задавати певні запитання багато в чому залежить від ситуації, а також від того наскільки може бути забезпечена конфіденційність і безпека. Наприклад, огляд, що проводиться запрошеним лікарем у в'язниці і обмежений 15 хвилинами, не можна здійснювати за тією ж схемою, що й судово-медичну експертизу в приватній установі, яка інколи триває декілька годин. При спробі оцінки того, чи є психологічні симптоми або особливості поведінки патологічними або адаптивними, виникають додаткові проблеми. Якщо людина, яку оглядають, перебуває в ув'язненні або переживає сильний страх чи пригнічення, деякі симптоми у неї можуть бути адаптивними. Наприклад, можна зрозуміти зниження інтересу

до активної діяльності і відчуття відчуження в особи, що перебуває в одиночному ув'язненні. Так само людям, що живуть у суспільстві з репресивним режимом, можуть бути необхідні надмірна пильність і реакція уникнення.

Проте обмеження, що існують щодо деяких умов для проведення опитування, не виключають прагнення до застосування керівних принципів, викладених у цьому посібнику. Особливо важливо домогтися, щоб у важких умовах уряд і відповідні органи влади якомога ретельніше дотримувалися цих стандартів.

В. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ТОРТУР

1. Попередні зауваження

Перед тим, як приступити до технічного опису симптомів і психіатричних класифікацій, слід зазначити, що психіатричні класифікації прийнято вважати західними медичними концепціями, і їхнє застосування, пряме або непряме, стосовно населення незахідних країн створює певні труднощі. Можна стверджувати, що західні культури надмірну увагу надають медичним аспектам психологічних процесів. Ідея про те, що душевні страждання це розлад, що характеризується низкою типових симптомів, може виявитися неприйнятною для багатьох людей незахідних спільнот. Проте є безліч доказів біологічних змін, що відбуваються при посттравматичному стресовому розладі, і з цієї точки зору посттравматичний стресовий розлад – це синдром, який можна діагностувати, і який піддається біологічному і психологічному лікуванню.

У міру своєї можливості лікар чи психолог, що проводить експертизу, повинен спробувати реагувати на душевні страждання в контексті уявлень і культурних норм цієї особистості. Мається на увазі повага до політичного контексту, а також до культурних особливостей і релігійних переконань. Враховуючи жорстокість тортур і їхніх наслідків, здійснюючи психологічну експертизу, потрібно використовувати підхід, що передбачає вивчення отриманої інформації, а не намагатися відразу поставити діагноз і визначити відповідну категорію. В ідеалі такий підхід дозволить жертві зрозуміти, що його або її скарги і страждання визнаються, і в даних обставинах його чи її розуміють. Чуйність і співчуття можуть допомогти постраждалому частково позбутися відчуття відчуження.

2. Розповсюджені психологічні реакції

а) Повторне переживання травми

Жертва може подумки повертатися до минулих подій або страждати від нав'язливих спогадів, в яких вона знову переживає травмівну подію, навіть якщо ця людина не спить і перебуває в стані свідомості; або відчувати повторювані нічні кошмари, що включають елементи цієї події в її реальній або символічній формі. Душевний біль, що викликається всім, що

символізує перенесену травму або нагадує про неї, часто проявляється у вигляді недовіри і страху перед особами, наділеними владою, включаючи лікарів і психологів. У країнах або в ситуаціях, в яких до порушень прав людини причетна влада, недовіру і страх перед представниками влади не слід вважати патологією.

b) Уникнення й емоційна загальмованість

i) Прагнення уникнути будь-якої думки, розмови, діяльності, місця або людини, які пробуджують спогади про пережиту травму. ii) Глибока емоційна скутість. iii) Глибока особиста відчуженість і соціальна відстороненість. iv) Нездатність згадати той чи інший важливий аспект травми.

c) Перезбудження

i) Проблеми із засинанням або сном. ii) Дратівливість або спалахи гніву. iii) Труднощі з концентрацією уваги. iv) Надмірна підозрілість, посилення реакції здригання. v) Загальне занепокоєння. vi) Прискорене дихання, пітливість, сухість у роті або запаморочення,і шлунково-кишкові розлади.

d) Симптоми депресії

Можуть відзначатися наступні симптоми депресії: пригнічений настрій, емоційна анестезія (помітне зниження інтересу до активної діяльності або до одержання від неї задоволення), розлад апетиту або втрата ваги, безсоння або підвищена сонливість, психомоторне збудження або загальмованість, втома і занепад сил, відчуття нікчемності й провини, труднощі в зосередженні уваги, концентрації або пригадування, думки про смерть, поява ідеї самогубства або спроба самогубства.

e) Порушення самооцінки й обмеження перспективи

Жертва суб'єктивно вважає, що їй завдано непоправної шкоди, і що її особистість зазнала незворотних змін. Він або вона сприймають майбутнє в обмеженій перспективі – без надії на кар'єру, шлюб, дітей або нормальну тривалість життя.

f) Дисоціація, деперсоналізація і нетипова поведінка

Дисоціація – це руйнування цілісності свідомості, самосприйняття, пам'яті і вчинків. Людина може не пам'ятати певні свої вчинки або не усвідомлювати їх, чи відчувати роздвоєння особистості, ніби спостерігаючи за собою збоку.

Деперсоналізація – це відчуття відчуженості від самого себе або від власного тіла.

Проблеми, що виникають в області контролю імпульсів поведінки, призводять до вчинків, які той, хто переніс тортури, вважав би вельми нетиповими для своєї особистості до заподіяння травми. Особа, що раніше проявляла обережність, може своєю поведінкою наражатися на ризик.

g) Соматичні симптоми

Серед тих, хто переніс тортури, поширені соматичні симптоми, наприклад, біль, у тому числі головний, або інші фізичні нездужання, незалежно від того, чи є для цього об'єктивні підстави. Біль може бути єдиним явним симптомом, він може змінювати локалізацію і мати різну інтенсивність. Соматичні симптоми можуть бути викликані безпосередньо фізичними наслідками тортур або мати психологічну природу. Наприклад, будь-який біль може бути прямим фізичним наслідком тортур або мати психологічну причину. До типових соматичних симптомів відносяться біль у спині, кістково-м'язовий біль і головні болі, часто від травм голови. Головні болі дуже характерні для осіб, що пережили катування, і часто призводять до хронічного посттравматичного головного болю. Вони також можуть бути викликані або посилені напруженням чи стресом.

h) Сексуальні розлади

Сексуальні розлади характерні для осіб, що пережили катування, зокрема для тих, хто піддався сексуальном тортурам або згвалтуванню, але не тільки для них (*див. розділ V, розділ D.8*).

i) Психоз

Культурні та мовні відмінності інколи можна сприйняти як симптоми психозу. Перш ніж визнати, що в когось психоз, наявні симптоми необхідно оцінити в унікальному культурному контексті цієї особи. Психотична реакція може бути короткою або тривалою, і відповідні симптоми можуть виникнути в той час, коли ця особа перебуває в ув'язненні і піддається тортурам, або пізніше.

Можливі такі прояви: i) нав'язливі ідеї; ii) слухові, зорові, дотикові і нюхові галюцинації; iii) аномалії у здатності сприймати ідеї й поведінку; iv) ілюзії або викривлене сприйняття, що можуть набувати форми псевдогалюцинацій і межувати зі справжнім психотичним станом. Хибне сприйняття і галюцинації, що виникають у людини, коли вона засинає або прокидається, загалом зустрічаються серед населення і не свідчать про психоз. Найчастіше жертви тортур заявляють, що час від часу вони чують пронизливі крики, що їх окликають по імені, або що вони бачать тіні, проте у них немає яскраво виражених ознак або симптомів психозу; v) параноя і манія переслідування; vi) повторний прояв психотичних розладів або різка зміна настрою з елементами психозу можуть розвиватися в тих, хто раніше переніс психічне захворювання. Особи, які в минулому страждали від повторюваного маніакально-депресивного синдрому, глибокої депресії з елементами психозу, шизофренії або шизоафективного синдрому, можуть пережити приступ цього розладу.

j) Зловживання алкоголем і наркотиками

У тих, хто пережив тортури, часто спостерігається вторинне зловживання алкоголем і наркотиками, що є способом стерти в пам'яті болючі спогади, стримати емоційну реакцію і вгамувати тривогу.

k) Нейропсихологічні розлади

Під час катування можна заподіяти фізичну травму, що викликає мозкові розлади різного ступеня. Удари по голові, задушування і тривале недоїдання можуть призвести до тривалих неврологічних та нейропсихологічних наслідків, які інколи важко оцінити під час медичного обстеження. Як і у всіх випадках мозкових розладів, які не можна діагностувати за допомогою сканування голови або інших медичних процедур, нейропсихологічна оцінка і тестування бувають єдиним надійним способом документального відображення наслідків. Часто симптоми, що виявляються під час такої оцінки, в значній мірі збігаються із симптоматикою посттравматичного стресового розладу і глибокого депресивного розладу. Зміни або недостатність рівня свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації можуть бути викликані як функціональними розладами, так і органічними причинами. Щоб визначити такі відмінності, необхідно володіти спеціальними навичками в області нейропсихологічної оцінки й усвідомлювати проблеми в області застосування механізмів нейропсихологічної оцінки у представників різних культур (*див. Розділ С.4*).

3. Діагностична класифікація

Незважаючи на те, що основні скарги і найбільш часті їхні прояви спостерігаються серед осіб, що пережили катування, дуже різні і пов'язані з індивідуальним життєвим досвідом відповідної людини і його або її культурного, соціального і політичного середовища, експертам необхідно ознайомитися з діагнозами розладів, що найчастіше зустрічаються в осіб, які пережили катування і травми. Крім того, нерідко в однієї людини спостерігається декілька психічних розладів, оскільки психічні розлади, пов'язані з травмою, часто бувають одночасно. Найбільш загальними симптомами, що виникають у результаті катування, є різні прояви неспокою і депресії. Нерідко наведена вище симптоматика класифікується в рамках таких категорій, як занепокоєння і перепади настрою. Є дві основні класифікаційні системи – Міжнародна класифікація хвороб (МКБ-10), Класифікація психічних і поведінкових розладів та Діагностичне і статистичне керівництво з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (ДСР-IV). Для того щоб скласти повне уявлення про діагностичні категорії, потрібно звернутися до МКБ-10 і ДСР-IV. В цьому огляді основна увага надається найбільш поширеним діагнозом, пов'язаним із травмою: посттравматичному стресовому розладу (ПТСР), глибокій депресії і стійким змінам особистості.

a) Депресивні розлади

Серед осіб, що пережили катування, депресивний стан зустрічається майже завжди. В контексті оцінювання наслідків тортур проблематично стверджувати, що ПТСР і глибокий депресивний розлад належать до двох різних категорій захворювань із чітко відмінною етіологією. До депресивних розладів відносять глибокий депресивний розлад, що проходить у формі одиничного нападу або періодично повторюваних нападів. Депресивні розлади можуть супроводжуватися психотичними, кататонічними, меланхолійними або атиповими

ознаками або протікати без них. Відповідно до ДСР-IV, для того щоб поставити діагноз глибокої депресії, необхідно протягом двотижневого періоду спостерігати п'ять або більше із нижченаведених симптомів, що свідчать про зміни порівняно з попередньою поведінкою (принаймні одним із цих симптомів має бути пригнічений настрій або втрата інтересу, або здатності радіти): 1) пригнічений настрій; 2) помітне зниження інтересу або здатності отримувати задоволення у всіх або майже у всіх життєвих проявах; 3) втрата ваги або зміна апетиту; 4) безсоння або надмірна сонливість; 5) психомоторне збудження або загальмованість; 6) втома або занепад сил; 7) відчуття нікчемності або надмірної чи безпричинної провини; 8) зниження здатності думати або зосередитися; і 9) нав'язливі думки про смерть або самогубство. Для того, щоб можна було поставити такий діагноз, ці симптоми повинні викликати серйозне нездужання чи бути перешкодою соціальної або професійної діяльності, не бути пов'язаними з будь-яким фізіологічним розладом і не пояснюватися будь-яким іншим діагнозом відповідно з ДСР-IV.

b) Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – діагноз, що найчастіше асоціюється з психологічними наслідками тортур. Зв'язок цього діагнозу з тортурами глибоко вкоренився у свідомості працівників охорони здоров'я, імміграційних судів і обізнаних непрофесіоналів. У результаті склалося помилкове і спрощене уявлення, що ПТСР є головним психологічним наслідком тортур. Визначення ПТСР, що міститься в ДСР-IV, багато в чому грунтується на наявності розладів пам'яті, викликаних отриманою травмою, наприклад, нав'язливих спогадів, нічних кошмарів і нездатності згадати важливі аспекти травми. Людина може виявитися не в змозі точно пригадати конкретні деталі подій, пов'язаних із тортурами, але бути здатною згадати основні моменти пережитих тортур. Наприклад, жертва може згадати, що її кілька разів ґвалтували, але не може вказати точні дати, місце, де це відбувалося, і докладно описати обстановку або гвалтівників. За таких обставин нездатність згадати точні деталі не викликає недовіри до розповіді жертви, а швидше підтверджує достовірність. Основні моменти цієї розповіді будуть підтверджені під час повторного опитування.

Діагноз ПТСР у МКБ-10 дуже схожий на діагноз у ДСР-IV. Згідно ДСР-IV, ПТСР може бути гострим, хронічним або уповільненим. Симптоми мають спостерігатися протягом більше, ніж одного місяця, і стан занепокоєння має викликати серйозний розлад або порушення функціонування організму. Для того щоб можна було поставити діагноз посттравматичного стресового розладу, людина має бути учасником травмівної події, пов'язаної з ризиком для її життя або інших осіб, що викликала сильний страх, стан безпорадності або жах. Страдання, пов'язані з цією подією, повинні постійно заново переживатися в одній або в декількох із перерахованих нижче форм: спогади про подію мають бути нав'язливими, заподіювати душевний біль; постійні болісні сни, що стосуються цієї події; поведінка або відчуття, ніби подія відбувається знову, включаючи галюцинації, ретроспекції й ілюзії; сильне психологічне сум'яття при нагадуванні про подію і повторення фізіологічної реакції, що мала місце під час тортур, у відповідь на стимули, що нагадують чи символізують певні аспекти цієї події.

Той, хто переніс тортури, постійно демонструє уникання подразників, що асоціюються з травмівною подією, або проявляє загальне притуплення реакцій, про що свідчать, принаймні, три з наступних факторів: 1) прагнення уникати думок, відчуттів або розмов, пов'язаних із травмою; 2) прагнення уникати вчинків, місць або людей, які нагадують про травму; 3) нездатність згадати той чи інший важливий аспект події; 4) зниження інтересу до важливих видів діяльності; 5) відчуженість або віддалення від інших людей; 6) обмеженість афекту і 7) обмежене сприйняття перспективи.

Ще однією причиною для постановки діагнозу ПТСР за ДСР-IV є постійна наявність симптомів підвищеної збудливості, яких не було до травми, про що свідчать щонайменше два з наступних факторів: проблеми із засинанням або сном, дратівливість або вибухи гніву, труднощі із зосередженням уваги , надмірна підозрілість і надмірна реакція здригання. Симптоми ПТСР можуть бути хронічними або змінюватися протягом тривалих періодів часу. В певні періоди в клінічній картині домінують симптоми надмірного збудження і дратівливості. У цей час той, хто пережив катування, зазвичай, повідомляє також про те, що почастішали нав'язливі спогади, нічні кошмари і явища ретроспекції. В інші періоди у жертви можуть бути нечисленні симптоми або вона може бути емоційно скутою і замкнутою. Необхідно враховувати, що, якщо діагностичні критерії ПТСР не встановлено, це не означає, що тортури не застосовувалися. Відповідно до МКБ-10 у певних випадках ПТСР може протягом багатьох років протікати в хронічній формі і поступово перейти в стійку зміну особистості.

c) Стійка зміна особистості

Після катастрофічного або тривалого надзвичайного стресу в осіб, що раніше не страждали від особистісних порушень, можуть розвинутися порушення особистості. До видів надзвичайного стресу, що можуть призвести до зміни особистості, відносяться утримання в концентраційному таборі, стихійні лиха, тривале перебування в полоні за умови безпосередньої ймовірності втратити життя або в ситуації, пов'язаній із загрозою для життя, наприклад, жертва терору або тортури. У відповідності з МКБ-10 діагноз стійкої зміни особистості слід ставити лише в тих випадках, коли є докази певної, істотної і стійкої зміни системи сприйняття, реагування або судження людини про навколишню дійсність і про себе, пов'язане з негнучкою і не здатною до адаптації поведінкою, яка не спостерігалася до травми. Цей діагноз виключає зміни, що є наслідком іншого психічного розладу або залишковим симптомом якогось психічного розладу, що був у минулому, а також зміни особистості та поведінки внаслідок хвороби, порушення нормальної діяльності або пошкодження головного мозку.

Для того щоб у відповідності з МКБ-10 поставити діагноз стійкої зміни особистості після пережитого страждання, зміни особистості повинні зберігатися не менше двох років після стресу, пов'язаного з цим стражданням. У МКБ-10 вказується, що стрес має бути таким сильним, щоб «для пояснення його глибокого впливу не було необхідності враховувати вразливості конкретної особистості». Така зміна особистості характеризується ворожим або підозрілим ставленням до навколишнього світу, соціальною замкнутістю, відчуттям безцільності

або безнадійності, хронічним почуттям «роздратування», відчуттям, ніби постійно загрожує небезпека, і відчуженістю.

d) Зловживання алкоголем і наркотиками

Медики відзначають, що у тих, хто пережив тортури, часто як вторинний прояв розвивається зловживання алкоголем і наркотиками, для того щоб придушити болючі спогади, впоратися з неприємними емоціями і вгамувати тривогу. Хоча відомо, що ПТСР часто зустрічається паралельно з іншими розладами, в систематичних дослідженнях рідко піднімають питання стосовно зловживання алкоголем і наркотиками збоку жертв тортур. У роботах про групи населення, постраждалого від ПТСР, нерідко розглядаються й особи, що пережили катування, наприклад, біженці, військовополонені та ветерани збройних конфліктів, що може сприяти розумінню цього питання. Дослідження цих груп свідчать про те, що поширеність зловживання алкоголем і наркотиками різна залежно від приналежності до тієї чи іншої етнічної або культурної групи. Колишні військовополонені, що страждають від ПТСР, схильні до підвищеного ризику зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, а серед ветеранів війни часто зустрічається поєднання посттравматичного стресового розладу зі зловживанням алкоголем і наркотиками. Підбиваючи підсумки, можна сказати, що існує значний масив даних щодо інших груп населення, що піддаються ризику посттравматичного стресового розладу. Це свідчить про те, що зловживання алкоголем і наркотиками є можливим побічним діагнозом для осіб, що пережили катування.

e) Інші діагнози

Як свідчить перелік симптомів, наведений у розділі VI, розділ B, крім посттравматичного стресового розладу потрібно розглянуть і інші діагнози, наприклад глибокий депресивний розлад і стійка зміна особистості (*див. відповідний розділ*).

У перелік інших можливих діагнозів, який не є вичерпним, входять: i) синдром загального занепокоєння, що характеризується надмірною тривогою і хвилюванням з приводу низки різних подій і видів діяльності, м'язовим напруженням і підвищенням автономної активності; ii) синдром паніки, що виявляється у вигляді повторюваних і несподіваних приступів сильного страху або занепокоєння, включаючи такі симптоми, як потіння, задуху, тремтіння, прискорене серцебиття, запаморочення, нудоту, озноб або приступоподібні відчуття жару; iii) гострий стресовий синдром, що має в основному ті ж симптоми, що і ПТСР, але щодо якого діагноз ставиться через місяць після впливу травмівної події; iv) психосоматичні розлади, що характеризуються фізичними симптомами, які не можуть бути віднесені на рахунок якого-небудь захворювання; v) маніакально-депресивний синдром, що характеризується маніакальними або гіпоманіакальними періодами, поєднаними з піднесеним, експансивним або роздратованим настроєм, манією величі, зниженням потреби в сні, зміною ідей, психомоторним збудженням і асоційованими психотичними явищами; vi) розлади внаслідок загального стану хворого, часто в формі враження головного мозку, що викликає коливання або недостатність рівня свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації; vii) фобії, наприклад, страх спілкування або відкритого простору.

Додаток 7

АЛГОРИТМ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖЕРТВАМ ПОЛОНУ ТА ТОРТУР (ГО «БЛАКИТНИЙ ПТАХ»)

У більшості випадків, що стосуються полону, соціально-психологічна допомога починається з моменту незаконного викрадення людини. Робота ділиться на такі етапи:

1 Етап. Психологічна підтримка родичів викраденої людини

На цьому етапі відбувається стабілізація психоемоційного стану близьких полоненого; інформування про їхні права та можливості; надається допомога у подачі заяв.

Далі протягом усього часу, коли людина утримується в полоні, родичам регулярно надається:

- **психологічна підтримка**. Важливо, щоб люди не залишалися наодинці зі своїм горем. Психологічна підтримка допомагає їм змагатися зі станом відчаю, не відчувати себе покинутими, не опускати руки і продовжувати боротися за звільнення близької людини;
- допомога з медикаментами для передачі людині, що перебуває в полоні;
- **матеріальна підтримка сім'ї**, якщо викрадений був годувальником;
- допомога з виїздом на безпечну територію України, якщо близьким загрожує небезпека;
- **юридична допомога** з питань, що стосуються подачі заяв, отримання виплат, відновлення документів;
- **нова інформація про полонених**, якщо така є; про заходи, що проводяться для їхнього звільнення; про соціальні послуги та можливості для членів сім'ї людини, що знаходиться в полоні.

2 Етап. Перша допомога відразу після виходу з полону

1. Необхідно переконатися, що в сім'ї того, хто пережив полон, задоволені **базові потреби**. Перша з яких – це потреба в безпеці. Тому насамперед допомагають виїхати всій родині на безпечну територію. У межах надання соціальної допомоги необхідно переконатися, що у членів сім'ї буде задоволена потреба в житлі та їжі, а також у речах першої необхідності.
2. Якщо необхідно і за запитом пропонується **медичне обстеження і лікування**. Більшість людей у полоні піддавалися тортурам. За два роки роботи фахівці «Блакитного птаха» склали приблизну карту тортур. Так у різних збройних угрупуваннях у різних

точках дислокації часто є певний стандартний набір тортур. Отримані дані вкрай важливі для розуміння, які проблеми зі здоров'ям можуть бути у людини після звільнення, оскільки багато людей після виходу з полону певний час на тлі гормональних змін можуть не помічати фізичних наслідків тортур. Тому, розуміючи де і ким була затримана людина, соціальний працівник може сам запропонувати найбільш актуальне на цей момент медичне обстеження.

3. На етапі надання психологічної допомоги відбувається **встановлення довірчих терапевтичних взаємин** як основа подальшої психологічної допомоги.

4. **Збір травмаспецифічного анамнезу** – відразу після виходу з полону людина хоче поділитися своїм досвідом, але боїться, що її не сприймуть. Робота з терапевтом допомагає структурувати пережите у безпечній обстановці і є основою для подальшої роботи.

5. **Психоедукація постраждалого та членів його сім'ї** (інформування про механізми впливу травмівних подій на людину). Інформація про особливості реакції психіки на травмівні події посилює готовність прийняти допомогу фахівця. Розуміння природи змін у психіці допомагає людині сприйняти власні реакції та особливості сприйняття, що істотно знижує рівень тривоги і сприяє стабілізації психоемоційного стану. Проведення психоедукації для членів родини допомагає їм зрозуміти, як можна в ситуації, що склалася, допомагати і підтримувати одне одного.

6. **Робота в межах кризової інтервенції.** Відразу після виходу з полону людина стикається з безліччю викликів – минуле життя з його цінностями та ресурсами виявляється недоступним. Завдання терапевта на цьому етапі допомогти впоратися з поточними кризовими ситуаціями, не торкаючись питань, пов'язаних із пережитою травмою до того часу, поки потерпілий не накопичить внутрішніх ресурсів достатньо для роботи з травмівним досвідом;

7. **Відновлення документів**, якщо вони були втрачені під час полону; подання заяв у державні правоохоронні органи та допомога у поданні заяв у міжнародні суди.

3 етап. Соціально-психологічна підтримка людей, що пережили полон і членів їхніх сімей. Психотерапевтична робота з жертвами тортур та система реадаптаційних заходів

1. **Моніторинг адаптаційних можливостей сім'ї**, оцінювання, наскільки успішно людина, що пережила полон, змогла адаптуватися й соціалізуватися. На цьому етапі соціальний працівник насамперед має інформувати постраждалих про можливості соціалізації. Фахівці ГО «Блакитний птах» включаються в процес надання допомоги, коли потерпілий дійсно не може самостійно адаптуватися в соціумі.

2. **Допомога в отриманні медичної допомоги** на цьому етапі надається тільки у випадку крайньої необхідності: якщо людина, що пережила полон, потребує дорогого обсте-

ження або невідкладної медичної допомоги, але все ще не в змозі самостійно забезпечити собі необхідне лікування;

3. **Правова допомога** на цьому етапі частіше всього полягає в консультуванні стосовно соціальних виплат.
4. **Проведення психологічних та психотерапевтичних консультацій**. Індивідуальна психотерапевтична робота з людиною, пережила полон і з членами її родини проводиться, якщо вони того хочуть. Крім індивідуальної психотерапевтичної роботи регулярно проводяться групові заходи спрямовані на поліпшення навичок соціалізації і реадаптації: в літній час ГО «Блакитний птах» проводить ресурсно-релаксаційні заходи для людей, що пережили полон, і членів їхніх сімей, організовує роботу літніх оздоровчих таборів для дітей потерпілих і членів сімей зниклих без вісти; проводяться щомісячні арт-терапевтичні групові заняття.

Тривалість роботи з постраждалим та членами його родини може бути різною. В практиці фахівців ГО «Блакитний птах» вона варіюється від місяця до двох років (все ще не закінчена на сьогоднішній день).

Крім роботи з конкретними випадками фахівці ГО «Блакитний птах» створили **інструкції і статті** на теми:

- що робити після того, як ви вийшли з полону;
- що робити, якщо ваш близький був викрадений;
- необхідність ДНК-експертизи та можливість її проведення;
- інформація про військові злочини і злочини проти людяності (для тих, хто пережив полон);
- як визнати людину зниклою безвісти чи оголосити загиблою;
- пам'ятка «Принципи комунікації з людьми, які переживають кризу втрати».

(Ознайомитися з інструкціями та статтями можна на сайті http://hostage.org.ua у розділі «Інструкції».)

Додаток 8

ПРОГРАМА СІМЕЙНОЇ ТРАВМАТЕРАПІЇ
(ДЖОШУА КРЕЙМЕЙЕР)

ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА РОБОТИ В ГРУПІ:

1. Будь ласка, приходьте вчасно. Робота в групі починається о _____.
2. Реєструйтеся на кожній зустрічі.
3. Відсутність. Якщо ви спізнюєтеся, будь ласка, звертайтеся до нас і повідомляйте про це. Телефон: XXX-XX-XX.
4. Структура заняття: лекція; робота в парах; робота в групі.
5. Інші правила:
   - участь є добровільною. Будь ласка, діліться своїми почуттями, використовуйте «Я»-повідомлення, замість того, щоб говорити про інших, та використовувати «Ти»-повідомлення і роздавати поради.
   - Учасники заняття можуть не погоджуватися одне з одним, однак, агресивна поведінка призводить до зворотних результатів і є неприпустимою.
   - Конфіденційність: «Те, про що говорять у групі, залишається лише в групі». Виняток становлять суїцидальні думки або смертоносні ідеї. Ми не називаємо прізвищ у групі.
   - Недопустимо вживати наркотики або алкоголь до або під час занять. Таких учасників просять залишити заняття.
   - Тривалість програми – 8 зустрічей (що можна розширити залежно від потреб конкретної групи).

Щоб отримати **максимальну користь від групи потрібно**:

а) визнати, що проблема існує;

б) визнати, що ви теж внесли свій внесок у цю проблему;

в) будити готовими розглянути зміни в своїй поведінці;

г) переглянути свої очікування;

д) набратися терпіння.

ЗУСТРІЧ 1. ПРИЧИНИ ПОЯВИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

БЕСІДА «ПРИЧИНИ ПОЯВИ ТА ДОПОМОГА У ВИПАДКУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ»

Розлад є дисфункцією мозку, що впливає на:

- **сприйняття** – люди можуть сприймати світ своїми органами чуття незвичайним і/або дивним чином;
- **мислення** – думки можуть з'являтися дуже швидко або повільно, можуть бути погано організованими, сплутаними, нелогічними, ірраціональними тощо;
- **настрій** – всі люди переживають різні настрої, які можуть змінюватися. Емоційний фон може мати вигляд депресії, тривоги, манії тощо. Психічне захворювання може виникнути тоді, коли симптоми спричиняють суттєвий дистрес протягом тривалого часу і погішують здатність функціонування у повсякденному житті;
- **поведінку** – поведінка людей може бути досить дивакуватою для тих, хто не розуміє, що таке психічні розлади (наприклад, особа з ПТСР може ховатися в шафі, коли чує хелікоптер, або пролежати у ліжку протягом декількох днів у стані депресії.

Помилкові переконання щодо причин психічних розладів:

- психічних розладів немає;
- це нормальна реакція людини на хворе суспільство;
- цей стан спричинений дияволом, демонами або тим, що людина відвертається від Бога;
- це стається через погане виховання батьками;
- це обумовлено тим, що людина ледача і слабка, не хоче змінюватися;
- це викликано поганою комунікацією в сім'ї, відсутністю підтримки.

Причини розвитку психічного розладу

1. **Біо** – біологічний аспект. Стосується структури мозку, хімічних речовин у головному мозку, генів, успадкованих від батьків тощо. З'являється все більше знань про суттєвий вплив біологічних чинників на ризик появи психічних розладів.
2. **Психо** – психологічний аспект. Стосується особистості, особистісних вірувань, думок, переживань, досвіду тощо.
3. **Соціо** – соціалізальний аспект. Стосується стресу спричиненого навколишнім середовищем (наприклад, травми війни, насильство), культурними факторами, дискримінацією тощо.
4. **Дух** – духовний аспект. Визначається екзистенційними та трансцендентними переживаннями й узгодженістю цих переживань із власними цінностями, духовними цінностями соціуму та спільноти.

Примітка! *В американських джерелах духовний фактор розглядають як складову частину соціального фактору. Натомість зростання ролі релігійних почуттів в учасників бойових дій на передовій в українських реалях вимагає виокремлення його в окрему категорію, що відображає не так духовно-соціальний вимір особистості, як її екзистенційні переживання щодо смислу життя, покликання, власного існування, трансцендентних стосунків із Творцем. У деяких українських джерелах цей вимір має назву ОНТО – (з давньогрецької мови – Суще, Сутність, те, Що існує. Це близьке до поняття «дух» – складової Платонівської моделі буття людини (тіло-душа-дух).*

У роботі доктора психологічних наук О. Климишин [49] описано чотири виміри допомоги біо-, психо-, соціо-, онто-.

Допомога має бути спрямована на:

- біологічну складову – вживання медичних препаратів, правильне харчування, зміцнення загального фізичного здоров'я;
- психологічну – робота над психологічними проблемами, освіта, розвиток навичок подолання труднощів;
- соціальну – менеджмент середовища, подолання стигми психічного захворювання, адвокацію;
- духовну – відновлення ціннісних стосунків із собою, людьми та Богом (вищими цінностями).

Ефективне лікування психічних розладів передбачає комплекс заходів:

а) здоровий спосіб життя;
б) фізичні вправи або елементарне заняття спортом;
в) необхідні медичні засоби;
г) освіта у напрямку створення сім'ї і культури споживання;
д) професійне навчання / коучінг;
е) підтримка збоку колег (групи);
є) психотерапія.

Питання для обговорення:

– Що було найкорисніше для вас?
– Що ви зараз намагаєтеся подолати?
– Які ваші сильні сторони?
– Інші питання або міркування?

Вправа на завершення

ЗУСТРІЧ 2. ДЕПРЕСІЯ І ЇЇ ВПЛИВ НА СІМ'Ю

БЕСІДА: «НАСЛІДКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ»

- Депресія впливає на поведінку людини і її стиль спілкування (зменшення зорового контакту, уповільнення і млявість мовлення, негативне мислення, зниження здатності вирішувати проблеми);
- депресія часто супроводжується збільшенням напруження і дискусій у подружньому житті;
- у людей, що переживають депресію, є великі труднощі у взаємодії з іншими. Таким чином, соціальне життя пари/сім'ї може змінитися;
- деякі люди, що переживають депресію, не в змозі працювати. Таким чином, іншим членам сім'ї доводиться йти на роботу вперше або працювати на двох роботах, щоб компенсувати скорочення сімейного прибутку;
- члени сім'ї часто переживають розчарування через поведінку депресивної людини, гадаючи, що вона має просто «покінчити з цим» або «звеселитися»;
- у людей, що переживають депресію, часто знижується інтерес до інтимної близькості і сексуальної активності. Їхніх партнерів часто хвилює питання, чи вони не втратили своєї фізичної привабливості для них. Все це може збільшувати напруження у стосунках.

Питання для обговорення:

– Як депресія близької людини впливає на ваші стосунки; сімейне життя?
– Як депресія члена родини змінила ваше сприйняття себе?

ЗУСТРІЧ 3. ПТСР ТА СУПУТНІ РОЗЛАДИ

БЕСІДА «ТРАВМА, ПТСР ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА СІМ'Ю»

Травматичні події можуть містити у собі широкий спектр різних переживань, зокрема:

1. Повторне переживання однієї й тієї самої події знову і знову:

- це можуть бути тривожні сни або кошмари про подію;
- може виникати відчуття дискомфорту при зіткненні з чимось, що нагадує про подію (наприклад, фільми про війну, гучні звуки).

2. Уникання певних тригерів або нагадувань про травму:

а) уникання розмов, місць і думок, пов'язаних із цією подією;

б) реагування на звуки гелікоптера, феєрверків, грози тощо;

в) труднощі з водінням авто, тривога щодо наявності саморобних вибухових пристроїв (СВП), придорожніх бомб або ворога поблизу.

3. «Оніміння»:

- емоційна віддаленість від інших людей;
- зниження активності у діяльності, що раніше приносила задоволення;
- ізоляція.

4. Відчуття підвищеного збудження:

а) можлива дратівливість і/або переживання спалахів гніву;

б) можливе безсоння (проблеми з засинанням і сном);

в) можливе гіперпильнування (наприклад, ветеран може сідати спиною до стіни в громадських місцях, щоб пильнувати все, що відбувається навколо);

г) можлива ситуативна лякливість.

Описи симптомів ПТСР у історії людства

1) у Біблії описуються симптоми ПТСР у книзі Іова, Йосипа і Давида;

2) описи симптомів ПТСР є в єгипетській, грецькій та римській міфології;

3) повідомлення про ПТСР удослідженнях, що стосуються стану солдат учасників Першої світової війни – «снарядний шок» (англ. shellshock, бойова психічна травма) або «серце солдата»;

4) визначення у дослідженнях після Другої світової війни симптомів ПТСР як «бойового неврозу» або «оперативної втоми»;

5) опис формального діагнозу ПТСР у 1980 році у «Діагностичному і статистичному керівництві з психічних розладів» (DSM-III) Американської психологічної асоціації.

Наслідки ПТСР для сім'ї

- травма зумовлює і сенсибілізує сімейну систему, що реагує (відповідає) на травму;
- емоційне життя організується так чином, щоб уникнути травматичної пам'яті та почуттів;
- відбувається нормалізація жорстого поводження;
- травмовані родини стають вразливими;
- ризик і вразливість передаються через покоління, якщо вони належно не були пропрацьовуються.

Соціальна тривога (тривожність)

Питання для обговорення:

– Яким чином соціальна тривога ветерана впливає на життя вашої сім'ї?

Висвітлення теми:

1. Сім'ї можуть замикатися у зв'язку з соціальною тривогою, яку переживає багато ветеранів. Через те, що ветерани часто відчувають себе дуже дискомфортно у великих групах, сім'я може бути вельми обмеженою у своїй активній діяльності.
2. Ветеран може чинити тиск на членів сім'ї (безпосередньо і / або опосередковано), щоб залишитися вдома з ними, таким чином звужуючи коло їхніх соціальних контактів і обмежуючи їхню здатність отримувати підтримку.
3. Члени сім'ї часто відчувають себе винними через те, що займаються незалежною діяльністю.

Спалахи гніву

Питання для обговорення:

– Як проблеми, що їх ваша близька людина має з проявами гніву, впливають на ваші стосунки; на вашу сім'ю; на ваш настрій?

Висвітлення теми:

- гнів часто є «зброєю» в арсеналі ветерана для захисту від почуттів, що спричиняють біль, спогадів і думок;
- гнів може ставати бар'єром і ще більше ізолювати ветерана, оскільки інші люди часто відсторонюються від ворожості і гніву, що їх лякають;
- через те, що ветерану складно управляти гнівом, сім'я може жити в атмосфері постійного страху й хаосу. Відсутність емоційної і фізичної безпеки негативно впливає на психічне здоров'я і розвиток усіх членів сім'ї;
- у членів сім'ї збільшується ризик стати жертвами вербального насильства (наприклад, крики, образи) і фізичного насильства (наприклад, кидання речей, агресія);
- кількість випадків фізичного насильства серед ветеранів із ПТСР і їхнього подружжя (партнерів) більша, порівняно з кількістю таких випадків у сім'ях ветеранів, в яких немає ПТСР [189]. Така негативна взаємодія руйнує довіру і згуртованість усередині сім'ї [188].

Емоційна недоступність

Питання для обговорення

- Як ви себе почуватимете, живучи поряд із членом родини, з яким ви не відчуваєте зв'язку?
- В умовах емоційної віддаленості одне від одного?
- Як ви можете задовольнити потребу в емоційній близькості?

Висвітлення теми:

- люди з ПТСР можуть бути емоційно недоступні, тому що вони багато енергії тратять, аби долати наслідки власного стресу;
- емоційна дистанція у стосунках також може виникати внаслідок страху близькості, що його відчувають як ветерани із ПТСР, так і їхні партнери (на відміну від пар, у яких у ветерана немає ПТСР);
- ветерани часто не хочуть або не можуть ділитися переживанням зі своїми дружинами / партнерами і дітьми. (Доведено, що ветерани з ПТСР відчувають труднощі з саморозкриттям і проявом емоцій (*Carrol, 1985*), а також зі створенням інтимності, частково через емоційне оніміння, характерне для ПТСР (*Cook і ін., 2004*). Тому члени родини можуть відчувати себе відкинутими й самотніми і звинувачувати себе за те, що їхні близькі емоційно віддалилися;
- ветеран може вести внутрішню боротьбу з тим, щоб відчувати і виражати позитивні емоції. Він/вона може бути недоступною для своїх дітей і не бути в змозі задовольнити свої емоційні потреби;
- суттєвим передвісником проблем у дитячо-батьківських стосунках є емоційне оніміння батьків. Усамітнення, відокремлення, оніміння й уникання можуть негативно вплинути на здатність ветерана бути батьком через зменшення його здатності залучати дитину до повсякденної діяльності.

Порушення сну

Висвітлення теми:

- через те, що є в багатьох ветеранів із ПТСР є проблеми зі сном (безсоння, часті прокидання серед ночі, нічні кошмари тощо), багато пар вважають, що краще спати в окремих ліжках (і в кімнатах). Цей фізичний поділ відбувається паралельно з виникненням емоційної дистанції у стосунках. Така домовленість про сон в окремих ліжках може негативно впливати і на фізичну близькість;
- поведінка ветерана під час переживання кошмарних снів може дуже лякати родину. Під час кошмару деякі ветерани стають фізично агресивними, вважаючи, що їхній партнер є ворогом. Дружини часто розповідають, що дуже бояться, оскільки вони не розуміють поведінки, яка виходить із-під контролю.

Труднощі у виконанні сімейних обов'язків

Питання для обговорення:

– З якими труднощами ви зустрічаєтеся, обговорюючи сімейні обов'язки?

Висвітлення теми:

- оскільки ветеран емоційно нестабільний, дружина може брати на себе традиційно чоловічі ролі, такі як головний годувальник, глава сім'ї, менеджер сімейних фінансів, відповідальний за дисципліну;
- жінки можуть відчувати переобтяження через надмір вимог до них і обурюватися через те, що ветеран відсторонився від виконання сімейних обов'язків;
- надмірне навантаження на жінку призводить до погіршення її емоційного стану;
- діти з раннього віку можуть почати брати на себе обов'язки дорослих, що призводить до надто швидкого дорослішання, а іноді до ролі «дитини, на батьківській позиції»;
- особи з ПТСР часто зазнають труднощів із тим, щоб утриматися на роботі, створюючи таким чином фінансові проблеми для сім'ї.

ЗУСТРІЧ 4. ПСИХОТЕРАПІЯ

ПРОЯСНЕННЯ ТЕМИ ДЛЯ КОЖНОГО УЧАСНИКА ГРУПИ

План терапії для кожної людини – унікальний. Проте є **цілі** важливі для багатьох людей, що пережили травмівну подію:

- навчіться справлятися з сильними почуттями (гнівом, соромом, депресією, страхом або провиною);
- дізнайтеся, як справлятися зі спогадами, нагадуваннями, реакціями і почуттями без пригнічення, збудження або емоційного оніміння. Травмівні спогади, як правило, не зникають повністю в результаті терапії, але трапляються рідше і стають менш інтенсивними;
- відкрийте для себе способи розслабитися (включайте і фізичні навантаження);
- збільшіть кількість приємних активностей;
- спрямуйте енергію на позитивні стосунки з родиною і друзями;
- підвищуйте відчуття особистої внутрішньої сили і здатності до контролю;
- за необхідності вживайте фармакологічні препарати призначені лікарем-психіатром.

Основні **форми роботи і психотерапевтичні напрямки**, що застосовуються у випадку посттравматичних стресових розладів:

1. Психологічна просвіта для того, хто вижив, і його сім'ї стосовно ПТСР.
2. Групова психотерапія.
3. Когнітивна-поведінкова і травма-терапія.

Письмові вправи та їхня роль у терапії

- Письмові вправи дозволяють відчувати більше контролю над своїм життям;
- дають можливість глибше зрозуміти свої почуття;
- дозволяють поділити ситуацію на дрібніші епізоди;
- допомагають приділяти більше уваги своїм почуттям.

Пеннбейкер (1997) повідомляє, що в людей, які описують своє переживання травмівних подій, є багато позитивних результатів (наприклад, вони менше відвідують лікарів; у тих, хто хворіє на артрит, зменшується біль; нормалізується кров'яний тиск; у астматиків збільшується ємність легень; поліпшується настрій тощо).

Осмислення травмівного досвіду як можливість для зростання

а) З'являється можливість усвідомити нові можливості в житті;

б) будувати близькі стосунки з іншими людьми (іноді і з тими, хто пережив травму);

в) відчути особисту силу;

г) більше цінувати життя;

д) істотні зміни в системі вірувань, цінностей.

Що не варто робити родині ветерана?

Члени родини ветерана:

- **не підштовхують і не змушують** кохану людину говорити про деталі її сумних спогадів. Намагаються уникати почуття ревнощів, якщо кохана людина ділиться своїм досвідом з іншими людьми, які пережили подібні травми, або з терапевтом, більше ніж із ними. Намагаються бути вдячними, що в близького є довірена особа, з якою він відчуває себе комфортно;
- **не тиснуть** на коханого, щоб він розповідав про те, над чим працює в терапії;
- **не намагаються** бути терапевтами ветерана;
- **не радять** коханій людині просто «забути про минуле» або «покінчити з цим»;
- **не терплять** зловживання у будь-якій формі – фінансовій, емоційній, фізичній чи сексуальній. (Люди з ПТСР іноді намагаються виправдати себе, наприклад, спалахи гніву, руйнування майна і «списують» свої вчинки на те, що це психічний розлад. Такі

люди можуть намагатися пояснювати свою поведінку, заявляючи, що вони були «не в собі» або «не в змозі контролювати себе» або «в іншому світі». Той, хто вижив, має відповідати за свою поведінку.)

Що роблять члени родини ветерана?

Члени родини ветерана:

- **пробують розпізнати** (разом із коханою людиною) і передбачити деякі з її тригерів (наприклад, гелікоптер, фільми про війну, грозу, насильство);
- **вивчають і знають** вагомі для ветерана ювілейні дати (наприклад, наступ на Луганському напрямку, Іловайський котел, Дебальцівський котел, падіння Донецького аеропорту тощо).

Питання для обговорення:

– Що ви помітили у поведінці члена вашої родини з наближенням важливих для нього дат?

Важливі кроки:

- визнайте, що соціальне та емоційне відсторонення вашого близького може бути пов'язане з його власними проблеми, це не стосується вас або з ваших стосунків;
- якщо ви поки що не відчуваєте емоційної підтримки від вашої коханої людини, прийміть підтримку від інших людей;
- сприймайте все, що говорить ваш коханий про самогубство дуже серйозно, і негайно звертайтеся за професійною допомогою;
- з'ясуйте, які варіанти терапії можливі у вашому співтоваристві, і заохочуйте вашого кохного звернутися до професіонала;
- пам'ятайте, що зустріч із минулим болем може бути дуже страшним і болючим переживанням. Тому поважайте те, що ваш коханий знає, коли він буде готовий зробити цей сміливий крок, і не тисніть на нього надмірно.

ЗУСТРІЧ 5: НАВИЧКИ СПІЛКУВАННЯ

ТИПОВІ СИТУАЦІЇ

СИТУАЦІЯ 1. Іноді ветерани віддаляються від своїх близьких (фізично і/або емоційно).

Рекомендація для сімей. Уникайте брати відповідальність за віддалення на себе, і залишайтеся доступними, якщо ваша близька людина захоче поговорити пізніше. Тоді можна поговорити про те, як жити в ситуації віддалення.

СИТУАЦІЯ 2. Соціальні ситуації можуть бути дуже стресовими для тих, хто пережив травми (особливо люди з депресією, ПТСР та тривожними розладами).

Рекомендація для сімей. Ваша близька людина може відчувати себе комфортно лише з одним або кількома сторонніми людьми одночасно. Потрібно обмежити тривалість та частоту великих групових заходів.

СИТУАЦІЯ 3. В людей із психічними розладами може бути порушена здатність виражати емоції. Такі люди можуть здаватися відстороненими, холодними або емоційно відчуженими.

Рекомендація для сімей. Ви, ймовірно, відчуватимете себе краще, якщо зможете прийняти цю емоційну дистанцію як частину розладу, а не як відображення проблеми стосунків або поганого характеру вашої близької людини.

СИТУАЦІЯ 4. Є люди, що переживають інтенсивну, швидку ескалацію емоцій. У людей із ПТСР часто бувають спалахи гніву, що може лякати членів сім'ї.

Рекомендація для сімей. Хоча ваша близька людина має нести відповідальність за свою поведінку, потрібно визнати, що підвищена емоційність – це симптом розладу.

СИТУАЦІЯ 5. Люди з тривожним розладом чи депресією часто відчувають «бомбардування» інформацією: здається, що думки і почуття приходять як зсередини, так і з зовнішнього світу. Люди намагаються зорієнтуватися в інформації і відчувають себе збентеженими. Спілкуючись із такими людьми, можна помітити, що вони відволікаються або віддаляються (у «свій власний світ»); можуть змінювати тему без явних причин; їм важко дотримуватися одного предмета розмови.

Рекомендація для сімей. Комунікація найбільш ефективна, якщо вона проста, коротка, і включає в себе повторення ключових моментів. Уникайте суперечки про наявність у близької людини маячних переконань, такі дебати будуть неефективні і посилять напруженість.

Ключі ефективної комунікації

- «Правило двох речень» – стежте, щоб ваше спілкування було простим, чітким і коротким;
- ставте лише одне запитання за один раз;
- вирішуйте нагальне питання, і не згадуйте «старі проблеми»;
- залишайся спокійним. Ваша кохана людина може відчути ще більшу відстороненість і дискомфорт, якщо ви висловлюватимите сильні емоції;
- вимкніть телевізор і радіо, зведіть до мінімуму інші відволікаючі фактори.

Додаткові ключі

а) Зверніть увагу на невербальну поведінку – на повідомлення, які ви транслюєте мовою вашого тіла, і на повідомлення тіла партнера;

б) іноді людям із психічними захворюваннями важко ідентифікувати і виразити свої потреби і почуття. Отже, важливо зосередитися на їхній поведінці і емоційному стані, а не лише на їхніх словах.

Ще більше ключів…

- Допоможіть своєму близькому ідентифікувати його почуття, запропонувавши кілька варіантів (наприклад, «Ти зараз відчуваєш гнів, печаль чи занепокоєння?»);
- скажіть, що ви почули те, що він виразив. Проявіть емпатію або зацікавленість його почуттями. Ви можете нормалізувати його емоції і поділится своїм подібним досвідом;
- разом оберіть постійний час для спілкування. Навіть якщо ви проводите разом багато часу, сім'ї виграють, якщо встановлено час, щоб постійно обговорювати делікатні питання. Важливо вибрати час низького напруження, коли обоє почувають себе якнайкраще.

Вороги ефективної комунікації

а) **Суперечки**. Не намагайтеся сперечатися з вашим близьким з приводу його хибних переконань. Ваші спроби переконати його в тому, що він думає не правильно, тільки посилить напруження, і не змінить його поглядів;

б) **нав'язування порад**. Не давайте порад, якщо близький про це не просить. Натомість спробуйте прийняти рішення разом, якщо це можливо.

в) **перебивання**. Не перебивайте одне одного. Дайте можливість вашій близькій людині висловити думку до кінця і лише потім озвучте свою.

Додаткові правила успішної комунікації:

- не говоріть зверхньо одне до одного. (наприклад, «Ти, як дитина»);
- уникайте навішування ярликів;
- не узагальнюйте («завжди» або «ніколи»). Зосередьтеся на поведінці, а не на особистості;
- не підвищуйте голос і не кричіть;
- не персоналізуйте поведінку члена сім'ї. Визнайте, що цей симптом може бути частиною психічного захворювання, і може не мати нічого спільного з вами.

Сила Я-повідомлень

Я-повідомлення привертають увагу слухача. Люди часто стають надмірно заглибленими в себе і можуть не знати про почуття інших членів сім'ї.

Я-повідомлення не є звинуваченнями, вони мінімізують оборону. Я-повідомлення змушують оратора визначити, висловлювати і брати на себе відповідальність за свої почуття.

Практика. «Коли ти…, я відчуваю…»

- Коли ти вриваєшся у мою кімнату, не постукавши, я відчуваю...
- Коли ти мені погрожуєш, я відчуваю...
- Коли ти спиш цілий день, я відчуваю…

Прийоми комунікації у конфліктних ситуаціях

1. ***Висловлюйте скаргу безпосередньо (але без звинувачення).***

Приклад 1. *«Я стурбована тим, що ти проводиш так багато часу на дивані біля телевізором. Я дуже б хотіла, щоб ти повернувся до терапевтичної програми в реабілітаційному центрі».*

Замість*: «Ти просто валяєшся цілий день і нічого не робиш. Чому ти ніколи мені не допоможеш?».*

Приклад 2. *«Я занепокоєна тим, що ти п'єш пиво, коли зустрічаєшся з друзями у вихідні».*

Замість: *«Ти ніколи ні про кого не думаєш, крім себе! Ти знаєш, що твої ліки не діють, коли ти вживаєш алкоголь».*

2. ***Описування події, а не оцінювання або засуджування.***

Приклад*. «Я помітила, що ти не приймав свої ліки у ці вихідні».*

Замість: *«Не дивно, що ти поводишся так ненормально ці останні кілька днів. Я заглянула у твою коробку з пігулками і побачила, що ти перестав приймати ліки знову. Ти нічому так і не навчився!».*

3. ***Усвідомлення вдячності та використання ввічливих слів (будь ласка, дякую, перепрошую).***

Приклад*. «Я відчуваю себе такою щасливою і пишаюся тобою, коли ти займаєшся домашніми справами. Дякую, що поправ білизну. Чи міг би ти запустити сушарку?»*

Замість*: «Хіба ти не чув, що пральна машина зупинилася? Поклади одяг у сушарку».*

ЗУСТРІЧ 6. НАВИЧКИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ

1. Спільне окреслення проблеми

- У членів сім'ї часто бувають різні уявлення про проблему, у них різна інформація щодо цієї проблеми. Тому важливо обговорити проблему з точки зору кожного члена родини і об'єднати інформацію так, щоб визначити проблему чітко. Потрібно проблему окреслити якомога конкретніше.
- Цей крок допомагає членам сім'ї відчути свою цінність і залученість до обговорення проблеми, що може сприяти активній участі кожного у прийнятті та реалізації рішення.

Запитання, що допомагають визначити проблему

- Коли ви вперше помітили проблему?
- Коли це відбувається (час доби, ситуації, трігери тощо)?
- Чи ця проблема пов'язана з біохімічними факторами (наприклад, зміна ліків або зловживання психоактивними речовинами)?
- Як часто виникає проблема?
- Чи ситуація погіршується? Наскільки?
- Чи виникає проблема у присутності певних людей або за певних умов?
- Хто страждає від цієї проблеми, і яким чином?
- Як намагалися вирішити цю проблему в минулому? Що було корисно?
- Якій діяльності проблема заважає?

2. Мозковий штурм можливих рішень

- Напишіть і розгляньте стільки можливостей, скільки зможете. Важливо, щоб кожен запропонував хоча б одну ідею для спільного розгляду членами родини.
- Всі члени сім'ї мають утримуватися від критики або оцінки пропозицій протягом цього етапу.
- Будьте винахідливі і дозволяйте екстремальні пропозиції, оскільки вони можуть внести елемент гумору і допомогти процесу мозкового штурму.

3. Аналіз ризиків і вигод кожного можливого рішення

- Обговоріть кожну можливість, визначену в попередньому кроці.
- Визначте і перерахуйте переваги кожного рішення і можливих втрат (фінансового, емоційного, часового тощо). Надаючи негативний зворотній зв'язок, критикуйте ідею, а не того, хто запропонував рішення.
- Подумайте про колишні неконструктивні рішення.

- Врахуйте фактор обмеженості інформації, тобто те, що у вас не може бути всієї повноти інформації, необхідної для вибору хорошого рішення.

4. Ухвалення найкращого рішення

- Оберіть одне рішення для реалізації, на основі його практичності, потенційного впливу на проблему, наявності ресурсів тощо.
- Для його ефективного втілення цього рішення в життя згода сім'ї має важливе значення. Якщо сім'я просто не може дійти згоди, вона може вибрати один план, щоб спробувати спочатку його, і залишити право на те, що в разі неефективності цього плану можна буде спробувати інший варіант.

5. Розробіть конкретний план реалізації обраного рішення

- Проблема не зміниться тільки тому, що ви обрали рішення! Розбийте рішення на невеликі, посильні, конкретні завдання.
- Виберіть когось для виконання кожного завдання.
- Визначте можливі терміни для кожного кроку.

6. Оцініть якість втілення рішення в життя та його ефективність

- Після зазначеної оцінки визначте графік повторного оцінювання стратегії.
- Зберіться ще раз, аби обговорити досягнутий прогрес, проблеми, з якими зустрічається сім'я, і зрозуміти, чи було вирішено проблему.
- Якщо проблема залишається (або виникає нова проблема), обговоріть додаткові кроки, які необхідно зробити, або зазначте необхідність у новому рішенні. Можливо, доведеться ще раз повернутися до запропонованого алгоритму вирішення проблем.

Практика в малих групах

Рекомендації для обговорення проблеми:

– Не вибирайте найгострішу проблему.
– Хорошим прикладом може бути проблема: «Куди піти з сім'єю у вихідні?».

ЗУСТРІЧ 7. СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА З НИЗЬКИМ РІВНЕМ СТРЕСУ

ОПРАЦЮВАННЯ БАЗОВИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ

1. **Створіть передбачуваний графік**
   - За наявності чіткого графіку стрес у сім'ї зводиться до мінімуму, оскільки з'являється елемент передбачуваності.

     Наприклад, сім'я може вечеряти разом щодня о 6 вечора, ходити до церкви в неділю вранці або на прогулянку в суботу у другій половині дня тощо.
   - Люди з психічними розладами часто зазнають труднощів зі змінами (навіть невеликими) в сталості, отже підтримка прогнозованості для них є особливо важливою.
   - Всі зміни в планах або відхилення від графіку необхідно обговорювати в колі сім'ї заздалегідь, щоб не було здивування або непередбачених реакцій.
   - Можна розробити план подолання стресу, якщо такий наявний.

2. **Підтримуйте спокійну атмосферу вдома**
   - Уникайте ситуацій, де є надмірна стимуляція, наприклад, несподіваних відвідувачів, гучної музики, телевізійних програм зі сценами насильства тощо.
   - Ви і ваші близькі люди можуть практикувати заспокійливі дії (наприклад, гра тихої музики, освітлення свічки).
   - Не звертайте уваги на «прикрі, але незначні» речі. Підхід «не марнуйте сил даремно» може бути корисним, оскільки деякі питання просто не варті того, щоб сперечатися через них!

3. **Визначте чіткі очікування від членів сім'ї**
   - Сім'ї нормально функціонують, коли очікування від кожної людини є чіткими і послідовними. Наприклад, призначення домашніх справ має бути чітким і періодично переглядатися.
   - Визначте наслідки за невиконання окреслених обов'язків чітко, послідовно й адекватно.

4. **Здійснюйте разом сімейні ритуали, зокрема, фізичні вправи і заняття спортом** (сім'ю часто об'єднує виконання спільних справ)
   - Деякі сім'ї разом відвідують спорткомплекс або регулярно роблять фізичні вправи, що може зміцнити стосунки і зменшити стрес.
   - Корисні спільні релігійні/духовні практики, зокрема, відвідування церкви, спільна молитва тощо.
   - Сім'ї можуть проводити час разом на природі.

5. Зробіть розклад і беріть участь у регулярних сімейних зустрічах

- Сімейні стосунки налагоджуються, коли у сім'ї є регулярний запланований час для обговорення питань або проблем.
- Вибір часу, який може бути прикріплений до тижневика, має важливе значення (наприклад, після обіду щонеділі).
- Використовувати цей час для планування сімейних заходів на наступний тиждень.
- Під час сімейних зустрічей використовуйте прийоми ефективного використання навичок вирішення проблем і навичок спілкування.

6. Використовуйте свої мережі підтримки і робіть перерви

- Кілька годин або днів подорожі здатні освіжити стосунки між чоловіком та жінкою.
- Складіть список друзів і/або членів сім'ї, які можуть замінити вас, коли вам потрібний перепочинок.
- Обов'язково регулярно беріть участь у спокійних, цікавих заходах для себе.
- Ваша терплячість і вміння справлятися зі стресом у сім'ї будуть набагато ефективнішими, якщо ви будете добре піклуватися про себе.
- У випадку розвитку в близької людини психічних розладів, вивчіть ресурси соціального простору для можливого перепочинку. Деякі організації забезпечують короткострокову допомогу для людей із серйозними психічними проблемами, створюючи можливість мати час для себе, щоб «перезавантажитися».

7. Помічайте «червоні прапорці» (щоб учасно звернутися за додатковою допомогою), зокрема:

- значні зміни в патернах сну (сон набагато довший або коротший, ніж зазвичай, збільшилися кошмари тощо);
- значна зміна харчових звичок (їсть набагато більше або набагато менше, ніж зазвичай);
- відмовляється приймати ліки як призначено (або взагалі).

Інші «прапорці...»:

- збільшення збудження, нервування, ходіння туди-сюди, дратівливість, спалахи гніву;
- посилення депресії, мінливість настрою;
- замкнутість (відмова від участі у сімейних заходах);
- погіршення догляду за собою;
- зміна звичок витрат;
- паранойя чи підозрілість.

Ще «кілька прапорців»:

- збільшення кількості вживання алкоголю, нікотину, медичних препаратів;
- розмови про самогубство і/або вбивство когось;
- зменшення комунікацій;
- збільшення конфліктів або суперечок;
- зміни в сексуальному житті;
- насильство або загрози насильства;
- ревнощі;
- зменшення кількості приємних активностей.

8. Що робити з «прапорцями»?

- Надихайте ветерана слідувати плану реабілітації, включаючи дотримання графіків вживання ліків та заходів психотерапії.
- Якщо погіршується психологічний стан ветерана, спонукайте його зв'язатися з фахівцем (психологом, психотерапевтом, лікарем, соціальним працівником).
- В умовах загострення кризи в близької людини (шантаж, погрози або вчинення насильницьких дій) викликайте служби невідкладної допомоги (швидку допомогу, поліцію, а за необхідності службу МНС).

Поради щодо комунікацій у кризові моменти

- Говоріть спокійно, повільно і тихо. Якщо ваш близький не чує вас, його може щось відволікати (наприклад, флешбек).
- Створіть безпечний простір. Уникайте занадто нав'язливого зорового контакту (це може збільшити параною, страх) і фізичних контактів. Не закривайте двері (це може змусити людину відчувати себе у пастці).
- Уникайте погроз. Погрози можуть ще більше загострити кризовий стан і погіршити ситуацію.
- Покличте людину, якій ви довіряєте: спокійного друга, побратима або члена родини, щоб він допоміг вам обом. В ситуації підтримки цієї людини говоріть спокійно й неупереджено, це сприятиме спокійній атмосфері.
- Уникайте критики. Наприклад, ви можете бути розчаровані, вважаючи, що відмова від прийому медичних препаратів призвела до цієї кризи. Зараз не час обговорення доцільності ліків! Це тільки ще більше схвилює людину, що переживає кризовий стан.
- В момент кризи не потрібно щось аналізувати й доводити свою правоту. Коли люди переживають сильні емоції, вони не можуть ясно мислити, тому заперечення ще більше посилюватиме в них негативні емоції.

- Слухайте спокійно, без оцінювання слів близької людини, що перебуває в стані кризи. Не намагайтеся «відговорити її» від марення або ретроспекції, бо скоріше за все отримаєте зворотній результат.
- Наскільки це можливо, виконуйте його/її прохання (якщо вони не є небезпечними). Не слід «марнувати свої сили на дрібниці», необхідно допомогти близькій людині, відчути, що вона все контролює. І слід робити це якомога частіше протягом усього періоду кризи.

ЗУСТРІЧ 8. ПІКЛУВАННЯ ПРО СЕБЕ

БЕСІДА «ЯК НАВЧИТИСЯ ПІКЛУВАТИСЯ ПРО СЕБЕ»

Турбота про того, хто страждає від психічного розладу, може нагадувати американські гірки, з широким спектром емоцій. Ці звичайні емоції часто варіюються у своїй інтенсивності й тривалості, зокрема:

- занепокоєння, тривога, захисні реакції, образа;
- сором, гнів, провина, безнадійність;
- депресія, розчарування, безпорадність, безсилля;
- збентеження, страх, заплутаність, самотність.

Близькі стають на **позицію жертовності** в опікуванні близької людини з психічними розладами:

а) готовність працювати цілодобово, 7 днів на тиждень, без відпустки, без вихідних і свят;

б) готовність опікуватися ближнім без заробітної плати, бонус-плану тощо;

в) емоційне залучення в переживання близької людини, готовність працювати з нею, аж допоки не будуть вичерпані власні сили;

г) не очікувати вдячності за опіку і не ображатися на близьку людину навіть у ситуаціях, коли людина вас ображає.

Як дбати про себе?

1. Перевіряйте ваше фізичне здоров'я, зокрема, контролюйте кров'яний тиск.
2. Спіть не менше, ніж 7-8 годин щодоби.
3. Плануйте і робіть для себе приємні речі:
   - відвідайте аквапарк чи сауну;
   - розслабтесь у джакузі;

- вийдіть на прогулянку;
- пройдіть курс масажу;
- підіть у храм, помоліться або займіться іншими видами духовної практики;
- насолоджуйтеся природою;
- попрацюйте у садку або на огороді;
- зателефонуйте другові;
- почитайте книжку або журнал;
- подивіться фільм, або сходіть у кінотеатр.

4. Відвідайте якесь цікаве заняття.
5. Спробуйте знайти нове захоплення.
6. Регулярно робіть фізичні вправи.
7. Збалансуйте здорову дієту.

Ще кілька рекомендацій

а) Розділіть обов'язки з іншими членами сім'ї;

б) поговоріть із ким-небудь, хто може зрозуміти ваші почуття і переживання;

в) дайте собі час і дозвольте пережити свої емоції (за допомогою щоденника, читання віршів, гри на музичних інструментах тощо);

г) зробіть щось приємне для когось (наприклад, для внуків). Навіть коли сім'ї відчувають себе дуже виснаженими, вони можуть «перезавантажитися», допомагаючи іншим;

д) спробуйте знайти собі духівника, якщо духовна підтримка для вас є важливою і може забезпечити відчуття комфорту і впевненості;

е) подивіться з гумором на ситуацію і знайдіть можливість посміятися.

Додаток 9

ПРОГРАМА «ДУХОВНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ СІМ'Ї ВЕТЕРАНА» (ЛЮДМИЛА ГРИДКОВЕЦЬ)

Форма роботи: групова робота.

Цільова аудиторія: ветерани та їхні дружини.

Проблема. Наявність кризових стосунків у родинах ветеранів.

Правила групової роботи: конфіденційність; повага до інших учасників групи; говоримо по черзі, не перебиваємо одне одного.

Етичні проблеми. Тема сексуальних стосунків належить до теми зони інтимності. Загальні питання сексуальності обговорюються в групі, а конкретні проблеми інтимного характеру переносяться на індивідуальні зустрічі.

Лідерство у групі. Лідер у групі – психолог. Стиль ведення групи демократичний, проте, в залежності від групової динаміки, може змінюватися на директивний.

Ризики та переваги. Всі чоловіки-учасники групи пережили потужний травмівний досвід і втрати своїх друзів. У них загострене почуття справедливості.

ВИХІДНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРОГРАМИ

В особи з позитивним досвідом родинного життя є психологічний резерв для створення своєрідної «фортеці», за мурами якої вона може поновити власні сили, психологічно та духовно реабілітуватися. «На сприймання теперішнього, звісно, впливає минуле. Різні події минулого впливають по-різному: при цьому сильніше всього не ті, що були найбільш суттєвими колись, а ті, що за асоціаціями, або за контрастом пов'язуються з сьогоденням, із його проблемами та успіхами. Крім того люди здатні змінювати свої погляди на події минулого, не тільки внаслідок набутих знань, а й через зміну ставлення, через втрату старих поглядів та суджень. Взаємодія впливу минулого, теперішнього та майбутнього відбувається через прямі та зворотні зв`язки в ієрархії мотивів та цілей» [30].

Формування психологічної здатності особистості до успішного переживання складних періодів життя відбувається за законом «трифакторної єдності» [31]:

1) базування на минулому досвіді особистості;
2) сприймання сьогодення («тепер» і «зараз») у його повноті (Бог-Чоловік-Жінка; Чоловік-Жінка-Дитина; Спілкування-Діяльність-Творчість і т.д.);
3) позитивне орієнтування на майбутнє.

Для ефективності процесу формування психологічної здатності до подолання труднощів необхідно відшукати взірці «**ідеальної моделі**», оскільки ідеал, як такий, має велике значення для розвитку як будь-якої особистості, так і спільноти. «**Ідеал** займає панівне, верховне положення в ієрархії цілей, він здатний підпорядкувати всі нижче розташовані цілі та монополізувати поведінку людини. Ідеал як понадцінна ідея, збирає, концентрує в собі величезну енергію. Ідеали включають як уявлення про бажане майбутнє, так і про особистісну перспективу в соціальному та моральному планах. Втілення ідеалів або суб'єктивне відчуття наближення до них супроводжується найпотужнішим позитивним емоційним переживанням, так необхідним кожній людині» [30].

Впровадження ідеального модулю повноти спілкування чоловіка та жінки дозволяє допомогти подружжю (за А. Маслоу) стати тим, ким вони здатні стати [84, с. 172]. В якості «ідеальної моделі», ми використовуємо базову модель покликання чоловіка та жінки, представлену у Святому Письмі [126]. Саме ця модель регламентує не зовнішні ознаки взаємодії між представниками протилежних статей, а сутність їхньої взаємодії: жінка «береже життя і Духа Святого в чоловікові», а чоловік «порає і доглядає Едемський сад».

Застосування ідеального модулю має на меті допомогти учасникам «почуттєво доторкнутися» до повноти, краси та глибини подружніх стосунків, збудити потребу у подружжя повноти чоловічо-жіночої взаємодії, активізувати через зацікавленість ідельною моделлю інтерес до цієї проблеми, тим самим вплинувши на **потребово-мотиваційну сферу** учасників групи. Психологічним механізмом впливу стає створення в учасників потреби у досконалому подружньому житті як умови життєтворення, що призводить до вибору відповідної мети.

Мета спонукати кожного учасника групи до дії і, в першу чергу, до розбудови власної чуттєвості та збагачення знаннями.

Емоційний розвиток впливає на процес пізнання, а розбудова когнітивного простору, в свою чергу, сприяє формуванню передумов почуттєвої зрілості. Розвиток когнітивно-інформаційної сфери разом із впливом потребово-мотиваційної сфери активізує регулятивно-вольову сферу, що впливає на поведінково-результативну сфері, яка зазнає ще додаткових змін за рахунок безпосереднього впливу емоційно-почуттєвої сфери кожної представленої особистості.

Проте існує і вторинний ефект, як наслідок розвитку всіх зазначених сфер, що посилює їхню взаємопроникненість і стимулює особистість до подальшого розвитку. Результатом перебігу подібного терапевтичного процесу, за вказаною моделлю, є якісні зміни такої особистісної характеристики, як **вчинок** (за О. В. Киричуком та В. А. Роменцем) в його внутрішній та зовнішній суті. Зміни цієї категорії в терапевтичному процесі спричиняють відповідні зміни дійсних вчинків, за умов наявності розбудови чи корекції світоглядних та життєтворчих позицій як окремої особистості, так і сім'ї в цілому.

Ідеальний модуль

Як уже зазначалося вище, ідеальний модуль презентований концепцією еротичної божественної посвяти чоловіка та жінки. За словами Х. Яннараса у його творі «Введення у православне боголовіє» [156]: «Кохання починається там, де закінчуються мури нашого «Я». Коли Інший стає для нас дорожчий за саме наше життя. Дорожчий за будь-які виправдання, тимчасову чи довічну застрахованість. Згода прийняти заради коханого або улюблених навіть вічний осуд – це ознака любові»

У даному випадку мова йде про таємницю перетворення особистісного «Я» в «Ми» при збереженні особистісності, інаковості кожного суб'єкта цієї системи, де в момент єднання двох індивідуальностей, утворюється нова якісна одиниця культурної реальності буття. Реальності, в якій зберігається неповторність кожної особи, попри народження нової особистісної неповторності «Ми».

Потребово-мотиваційний компонент терапевтичного процесу

Модель досконалого єднання чоловіки та жінки подається у певній емоційній налаштованості терапевта, що створює передумови емоційного зв'язку учасників з керівником групи.

В основі концепції божественної еротичної посвяти чоловіка та жінки лежить глибоке розуміння духовних процесів єдності між ними, що знаходять відображення у перших двох книгах Буття Біблії. Тож розглядаючи біблійні уривки, що віддзеркалюють екзистенційне покликання представників обох статей, ми даємо подружжю взірці найвищого духовного єднання.

Нова потреба формулює на майбутнє мету: мати такі стосунки із жінкою (чоловіком), про які він (вона) не просто знає, а красу яких відчуває особисто. Мета є образом того, до чого спрямований мотив. Тому ціль і здатна здійснювати зв'язки між майбутнім та теперішнім. Виникнення таких зв'язків дозволяє цілі, як образу майбутнього, впливати на теперішнє та формувати його.

Виникає ланцюжок:

- виникнення потреби;
- розвиток на її основі домінуючої мотивації;
- цілеспрямована діяльність для задоволення даної потреби.

Тут образ майбутнього виступає як форма випереджаючого відбиття, через яке людина пристосовується до ще неприйдешніх подій. Часова перспектива, таким чином, структурується, у неї включаються мотиви та наміри, що можуть втілюватися в майбутньому.

Емоційно-почуттєвий та когнітивно-інформативний компоненти терапевтичного процесу

Цілеспрямований психотерапевтичний вплив на емоційно-почуттєву та когнітивно-інформативну сфери особистості має відбуватися паралельно. Потреба у відтворені «ідеального модулю» у власному житті стимулює подружжя до пізнавальної діяльності та стану емоційно-почуттєвої зрілості.

У результаті застосування подібного підходу ми отримуємо:

1) забезпечення повноцінної роботи актуального самоусвідомлення у чоловіка та жінки;
2) зміщення локусу контролю всередину, формування внутрішньої свободи, що передбачає особистісну відповідальність;
3) віднаходження психічних блоків, що перешкоджають зростанню та ефективним подружнім взаємодіям.

Йдеться про активізацію внутрішніх особистісних резервів учасників терапевтичного процесу. Вивільнення цих резервів веде до особистісного зростання кожного із учасників групи.

Головна мета цього етапу полягає в емоційному підкріпленні сформованої потреби у пізнавальній діяльності, подальшому розвитку та саморозвитку учасників.

Формування когнітивно-інформативної сфери частково відбувається за рахунок впливу **емоційно-почуттєвої**. Остання забезпечується розвитком відчуття актуальності, що є однією із найнеобхідніших характеристик людського буття. Саме відчуття актуальності дозволяє цінувати кожну хвилину життя, розуміючи її сенс, усвідомлювати власні почуття, ставлення до того, що відбувається навколо, засвоювати запропоновані знання.

До негативних наслідків неспроможності власної «актуалізації» належать неспроможність радіти дару життя, дару спілкування, дару хвилювання, нездатність цінувати те, що робить інша половина в шлюбі тощо.

Подальша робота відбувається засобами зворотнього зв'яку в клієнтцентрованій чи екзистенційні парадигмі.

Регулятивно-вольовий компонент терапевтичного процесу

Частково вже говорилося про вплив когнітивно-інформаційної сфери особистості на розвиток її регулятивно-вольових характеристик. Варто зауважити, що на цьому етапі добре піддаються аналізу як ситуації розподілу обов'язків, так і проблеми розвитку внутрішньої саморегуляції та зовнішньої регуляції в системі «чоловік-дружина».

Поведінково-результативна сфера особистості зазнає впливу під час розвитку інших її особистісних сфер. Для більшої ефективності розвитку поведінково-результативної сфери подружжя добре зарекомендував себе психодраматичний підхід та методика сімейної скульптури.

Програма духовно-психологічного відновлення сім'ї ветерана

№ зустрічі	Теми зустрічей терапевтичної програми	Кількість годин
1	Біблійний образ сім'ї. Особливості української родини	3
2	Досвід війни: чоловік та жінка	3
3	Якщо я хочу бути королевою, то маю визнати тебе королем. Якщо я хочу бути королем, то маю побачити в тобі королеву	3
4	Інтимне життя – особливий дар	3
5	Ти в моєму житті, я в твоєму житті	3
6	Конфлікт як спосіб побачити власну недосконалість	6
7	Підсумкова зустріч	3

ЗУСТРІЧ № 1. БІБЛІЙНИЙ ОБРАЗ СІМ´Ї. ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНСЬКОЇ РОДИНИ

Мета: набуття усвідомлення покликання жінки та чоловіка.

Питання для аналізу та обговорення:

- екзистенційне покликання людини;
- сакраментальність покликання чоловіка та жінки;
- духовно-психологічні засади ідеального подружжя;
- фактори руйнації духовно-психологічної гармонії в родині;
- шляхи відновлення духовної єдності в сім'ї.

ЗУСТРІЧ № 2. ДОСВІД ВІЙНИ: ЧОЛОВІК ТА ЖІНКА

Мета: розвиток поважного ставлення до травмівного досвіду ветерана та травмівного досвіду його дружини.

В очікуванні на повернення рідної людини із зони бойових дій, як правило, члени родини створюють ідеальний образ того, як будуть у майбутньому розвиватися стосунки, оскільки вважають, що «найстрашніше вже позаду». Невідповідність ідеального образу реальному часто призводить до розвитку агресії в сімейних стосунках, активізації залежностей, деформації в структурі комунікацій «чоловік-жінка», «батько-діти».

Групі пропонується виявити ті зміни, що найбільше хвилюють учасників. Чоловіки визначають зміни у жінок, жінки – зміни у чоловіків. Залежно від найбільш значимих якостей, проводиться психоедукація. В нашому випадку, першою найбільш значимою характеристикою була зазначена агресія. Тому в групах обговорювалися питання: «Яким чином агресія впливає на вас особисто; як вона пливає на вашу дружину, як – на родину»; «Якщо присутнє в сім'ї насильство, викликане агресією, як чином можна впоратися з її проявами?».

ЗУСТРІЧ № 3. «ЯКЩО Я ХОЧУ БУТИ КОРОЛЕВОЮ, ТО МАЮ ВИЗНАТИ ТЕБЕ КОРОЛЕМ». «ЯКЩО Я ХОЧУ БУТИ КОРОЛЕМ, ТО МАЮ ПОБАЧИТИ В ТОБІ КОРОЛЕВУ»

Мета: поглиблення поважного ставлення учасників групи до себе та до свого партнера.

Етапи:

1. Активізація усвідомлення власної цінності та унікальності.
2. Активізація усвідомлення цінності власного життя.
3. Активізація усвідомлення цінності партнера та його унікальності.
4. Активізація усвідомлення цінності життя партнера.
5. Формування усвідомлення відзеркалювальної структури подружніх взаємин.

Методи: екзистенційна візуалізація, психодраматичні техніки, методика сімейної скульптури, гешатальттерапевтичні техніки.

ЗУСТРІЧ № 4. ІНТИМНЕ ЖИТТЯ – ЦЕ ОСОБЛИВИЙ ДАР

Мета: надання необхідної інформації щодо гармонійних проявів психосексуальної взаємодії у подружньому житті,

Етапи:

1. Ознайомлення з питаннями людської сексуальності.
2. Дослідження проблеми особливостей психосексуальності чоловіків.
3. Дослідження проблеми особливостей психосексуальності жінки.
4. Ознайомлення з розладами психосексуальної сфери подружжя.
5. Опанування знаннями щодо принципів та методів подолання психосексуальних деструкцій у сім'ї.

Методи: система міні-лекцій, гешатальттерапевтичні техніки активізації внутрішніх образів.

ЗУСТРІЧ № 5. ТИ В МОЄМУ ЖИТТІ, Я – В ТВОЄМУ ЖИТТІ

Мета: розвиток усвідомлення відповідальності за свою родину у обох партнерів

Етапи:

1. Активізація внутрішнього образу взаємодоповнення чоловіка та жінки у сім'ї.
2. Аналіз проблеми побутових обов'язків та розробка сімейної стратегії її вирішення.
3. Усвідомлення власної відповідальності за родину.
4. Формування розуміння родинного життя як парного танцю, що можливий лише вдвох.

Методи: міні-лекції, гешатальттерапевтичні техніки активізації внутрішніх образів, модерації, когнітивного аналізу, елементи танцювальної терапії.

ЗУСТРІЧІ № 6-7. КОНФЛІКТ ЯК СПОСІБ ПОБАЧИТИ ВЛАСНУ НЕДОСКОНАЛІСТЬ

Мета: опанування навичками подолання конфліктів

Етапи:

1. Проходження тренінгу з подолання конфліктів у сім'ї.
2. Формування усвідомлення родинної кризи як потенціалу для зростання як для партнерів, так і для всієї сім'ї.

Методи: міні-лекції, рольова гра, гешатальттерапевтичні техніки активізації внутрішніх образів, модерації, когнітивного аналізу, арттерапевтичні техніки.

Головна мета даного блоку програми полягає у формуванні в учасників навичок конструктивного розв'язання міжособистісних конфліктів у сімейних взаємостосунках. Досягнення мети тренінгу передбачає розв'язання таких **завдань**:

а) обґрунтувати важливість конструктивного розв'язання міжособистісних конфліктів;

б) розкрити суть прояву психічних властивостей особистості під час розв'язання конфліктів;

в) поінформувати учасників про специфіку чоловічого та жіночого сприйняття явища конфлікту і відповідну поведінку в ньому;

г) проаналізувати специфіку конфліктної поведінки як результату травмівного досвіду;

д) проаналізувати ефективні прийоми, форми, моделі спілкування у конфлікті;

е) дати рекомендації молодому подружжю щодо поведінки у конфлікті;

є) допомогти учасникам обмінятися досвідом і знаннями з вирішення конфліктних ситуацій.

Основне у тренінгу є робота зі зворотнім зв'язком, що дозволяє всім учасникам зднайти власні стратегії подолання конфліктів.

ЗУСТРІЧ № 8. ПІДСУМКОВА ЗУСТРІЧ

Мета: підведення підсумків проходження програми, конструювання позитивних перспектив.

У процесі реалізації програми застосовуються різноманітні прийоми і методи. Більшість вправ багатофункціональні за змістом і спрямовані на одночасне вирішення кількох завдань.

Додаток 10

ІГРОВІ ТЕХНІКИ ДЛЯ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

ГРА «ДОЛОНЬКИ»

Ця гра – один із найпростіших способів безпечного повернення дитини «до себе». Вона полягає як в обмальовуванні долоньок, так і у відображенні їхніх відбитків у тісті, глині, на папері, в будь-якій крупі тощо. Вирізання та розмальовування долоньок дає дітям відчуття наповненості внутрішньої території і, до певної міри, візуалізацію власних меж.

Відчуття меж і механізм безпечного контакту між дітьми забезпечується через ігри, що дозволяють зустрічатися «долонькам» дітей, зокрема через плескання, вітання, торкання.

Можна створювати і спільні картини з долоньок дітей, що дозволяє малюкам відчути як свою значимість, так і підтримку інших дітей.

Важливо організовувати й пальчикові ігри, що базуються на ігровій взаємодії пальців дитини. Пальці між собою дружать, сваряться, граються, заспокоюють одне одного, торкаються одне одного різними частинами чи всією поверхнею.

ГРА «НІЖКИ»

У цю гру краще гратися в теплу пору року, коли діти можуть легко роззутися. Гратися можна аналогічно з грою «Долоньки», а можна і розширити репертуар. Наприклад, діти вирізають свої відбитки стоп (у кожної дитини інший колір стопи; кількість комплектів (2 шт.) відповідає кількості означених місць).

Далі простір гри поділяється на зони: звідкіля діти приїхали (мають бути враховані всі населені пункти, які представляють учасники групи), а також населенні пункти, де діти мешкають зараз. Весь простір поділяється на ці зони.

Кожна дитина має потихеньку пройти всі пункти, залишаючи невидимі (між пунктами) та видимі сліди (на «території поселень»). При цьому гру діти починають з пункту, де вони мешкають зараз, а закінчують місцем малої батьківщини, довільно рухаючись між іншими пунктами. Щоразу, коли дитина доходить до якось пункту, то каже: «Це моя землял і твоя (ім'я) земля», – звертаючись при цьому до того, чиї «стопи» вже є на зазначеному місці: «Це наша українська земля».

Цю гру можна використати для знайомства дітей між собою, вона також формує патріотичні почуття. Крім того, діти відчувають: де б вони не були на території України, вони знаходяться на своїй землі, і є господарями цієї землі.

ГРА «НЕВГАМОВНІ РУЧЕНЯТА»

Часто дорослі нарікають, що діти постійно щось мнуть чи крутять у руках. Але це природна реакція організму дитини, що зазнала травматизації. Зовнішні дії лише проявляють внутрішнє напруження дитини і її прагнення контролювати ситуацію. Тому дуже важливо з дітьми розмовляти та обоговорювати їхні плани, мрії, робити колажі мрій та прагнень, складати розклад.

Для того, щоб зняти напруження в руках та послабити контроль і повернути відчуття безпеки, необхідно дати дітям у руки хлібний м'якуш, «лизуна», кульки з борошном, масажне кільце чи еспандер.

Важливо пам'ятати, що страх послабити контроль призводить до того, що такі діти на перших етапах не можуть заплющувати очі, виконуючи вправи.

ГРА З ПРИВІТАННЯМИ

Мета гри: сприяння розслабленню учасників та активізації комунікативної довіри. Діти вільно рухаються по колу. За сигналом ведучого вони вітають одне одного тим способом, що його пропонує ведучий гри (наприклад, руками, ногами, плечима, мізинцем, носом, усім тілом тощо).

Подібна взаємодія дозволяє дітям подружитися, а також акцентує увагу на важливості підтримки одне одного. Проте до цієї гри не повинні на перших етапах залучатися діти, в яких є страх перед дотиками.

ГРА «ЛІПЛЕННЯ»

Для ліплення можна використовувати глину, тісто або пластилин чи пластик. Природні матеріали краще підходять для терапевтичної гри. Ліплення дозволяє дитині трансформувати напруження, знімає затиски, дає відчуття контролю (що важливо для тих, хто втратив контроль над ситуацією, над життям).

Ліплення корисне у випадку будь-яких психосоматичних захворювань.

ГРА «ДЕРЕВО»

Гра дозволяє дитині «заземлитися», оскільки внаслідок травмівних подій деякі з них втратили опору і відчуття грунту під ногами, що проявляється через відсутність відчуття контакту із землею. Тому використовуються техніки «програвання», «промальовування», «протанцьовування» трави, квітів, дерева.

Доцільно інколи використовувати **техніку «заземлення»**. Для цього можна «вирощувати» велетенські ноги» – уявляючи, що ноги стають величезними і міцно утримують «дерево» у рівновазі, не дозволяючи падати від вітру. Вітер – метафора змін, подій, на які ми вплину-

ти не можемо. Що яскравіше ми уявимо (намалюємо, помасажуємо) ці велетенські ноги, то сильніший буде стабілізаційний ефект.

Так гратися можна перед тим, як дитина лягатиме спати, щоб вона мала змогу відчути опору в ногах. Крім того, ефект заземлення можна посилити за рахунок зсунення дитини до бильця, або підклавши під ноги валик чи скручений рушник.

ГРА «СКРИНЬКА СТРАХУ»

Щоб дати дітям можливість трохи дистанціюватися від власних страхів і тим самим сформувати умови для контролю над страшними спогадами чи снами, можна разом створити «скриньку для складання страхів». Це може бути малюнок скрині чи сейфа, і кожна дитина з групи має взяти участь у оздобленні. Це може бути й коробка чи справжня скриня (проте, навіть за таких умов діти мають докласти фізичних та творчих зусиль для її остаточного створення).

Є цілий спектр технологій роботи зі «скринькою страху», зокрема:

- не називаючи сам спогад діти позначають його метафорою, а далі малюють цей образ на папері – мнуть папір і кладуть до скрині;
- дитина переносить свій сон чи спогад на предмети, що уособлюють травмівні явища (наприклад, камінь, шишку, шматочок скельця тощо) і кладе до скриньки;
- діти малюють травмівні образи (бажано аквареллю), зафарбовуючи весь аркуш паперу відповідним кольором (чи кольорами) «по мокрому». Малюнок має підсохнути. Далі позначають на малюнку яскравою жовто-гарячою фарбою «точку змін» і позначають або колами, або вектором зону її розростання. Потім кладуть малюнки до скрині.

У скрині має бути «символічний ключ», лише ним можна відчиняти скриню. Володарем цього ключа призначається дорослий, або хтось із дітей, діти по черзі, або визначається, що цим володарем може бути лише Бог (якщо діти належать до релігійного середовища). і тому лише йому передаються ключі від цієї скрині.

Додаток 11

ТЕРАПЕВТИЧНА КАЗКА «ЦВІРКУН» (ЛЮДМИЛА ГРИДКОВЕЦЬ)

Кожна істота на землі – спражнісіньке диво. І скільки б наука не давала пояснень щодо цього, насправді ніхто й ніколи до кінця не зможе збагнути загадку народження. Чорні, білі, смугасті, в крапочку, кольорові, картаті, хворі, здорові живі істоти наповнюють нашу планету. Навіть коли ми поглянемо на людей, то побачимо цілу палітру різнобарв'я. І вся ця різноманість безмежна. Немає двох однакових людей. Кожен є неповторним і дивовижним у цій неповторності. І немає значення скільки у тебе ніг, очей чи вух, чи всі твої органи на місці – твоя неповторність зберігається як щось дивовижне і незбагнене.

Проте, нерідко прийнявши дар життя, ми забуваємо про те, що це – дар і починаємо нарікати на недосконалості, які є в нас чи в наших ближніх. Але не існує у світі випадковостей, кожна така «випадковість» схожа на подих землі, що свідчить: «Подивися, я жива»…

Так розмірковувала я, блукаючи літнім лісом. Мій кошик для суниць був майже порожній, бо дуже смачною виявилася для мене ця ягода і так важко було втриматися, щоб не насолодитися її дивовижним смаком. Повітря, наповнене пахощами лісу, полонило мої груди, і мені, що живе у місті, незвиклій до цієї чистоти, все важче і важче ставало долати наступні метри. А тут ще така спокуса: чарівна галявинка із шовковистою травою до пояса. Вона манила, кликала мене прилягти на свої зелені простирадла. А її цвіркуни і цикади вже приколихували мою сп'янілу від чистого повітря голову.

«Врешті-решті, – подумала я. – Що тут такого, ляжу трохи і відпочину, насолоджуючись різнобарв'ям та різноголоссям узлісся. Коли в мене буде ще така нагода: подрімати в одному з найчарівніших ліжок рідної природи?» Розправивши руки мов крила я не впала, а заглибилися у шовковисту перину соковитої трави. Очі самі заплющилися, і я навіть не збагнула до кінця, що трапилося…

Переді мною сидів маленький Цвіркун, він обережно притискав до грудей свою скрипку і гірко-гірко плакав. Його схлипування нагадувало ридання згорьованої людини. Я ще ніколи не бачила, щоб цвіркуни плакали. Та чесно кажучи, і цвіркунів зблизька мені теж якось не доводилося спостерігати. А тут таке…

Цвіркун, здавалося, зовсім не помічав моєї присутності і навіть не звертав на мене увагу. Обережно нахилившись, я подмухала на нього. Цвіркун від створеного мною вітру злетів із високої травинки і лише тепер подивився у мій бік. Його очі були якість дуже людські… Глибина почуттів, що відбивалася в них здавалася неймовірною… Цвіркун ще раз глянув на мене і сумно мовив: «Не смішно…».

Тепер вже від несподіванки заклякла я. Цвіркун, що розмовляє?! Це щось!

Не знаю як ви, а я не дуже знаю, про що розмовляти можна з комахами, тому розгубилася… Проте, побачивши моє збентеження, Цвіркун продовжив: «Що дивися на мене, ніби ніколи не бачила. Вже й поплакати на самоті не дають…».

Я опанувала себе і насмілилася запитати:

– А що трапилося? Чого ти так гірко ридаєш?

– Думаєте тільки у вас, людей, бувають неприємності? – сумно мовив Цвіркунчик. – Ні… Я загубив брата…

І він знову розридався. Його сльози здавали такими великими та гіркими, що листочки ромашки, на яку вони потрапляли, нахилялися до землі. Навіть моє серце від побаченого наповнилося тугою.

– А як ти його загубив? – запитала я. – Можливо, я зможу тобі чимось зарадити?

– Ніхто мені не допоможе, – із сумом мовив мій новий знайомий. – Я сам у всьому винний. Був надто безпечний. А ще – дуже гордовитий. Вважав, що я завжди правий.

– А розкажи мені, будь-ласка, трохи про твого братика, – не відступала я.

– Гаразд, слухай, – погодився Цвіркун. – Я завжди мріяв про брата. Мені не подобалося, що я в родині один. Дуже бракувало товариства. Тож коли я дізнався, що в нас у сім'ї буде ще одна дитина, страшенно зрадів. Подумки я вже бігав із м'ячем зі своїм братом, грався у схованки, а вечорами, в сутінках, дуетом вигравав на скрипці свої улюблені мелодії. Здавалося, я був найщасливіший у світі, бо скоро моя мрія мала здійснитися. Та склалося все не так як гадалося…

Мій брат народився не таким, як усі… У нього не було верхніх лапок. Вірніше, вони були, але лапками їх назвати не можна. А що таке цвіркун без лапок? Це – не цвіркун! Бо як тоді можна тримати скрипку?… А без скрипки немає вечірньої пісні… А без пісні немає сенсу життя цвіркуна… Я був розбитий і розлючений. Всі мої мрії зруйнувалися. А головне, як я міг комусь із приятелів показати свого брата. Мені було дуже соромно за нього.

Коли ми виходили разом родиною на прогулянку, я ладен був провалитися крізь землю. Мені здавалося, що всі довкола вказують на мене пальцями й насміхаються наді мною. Це жахливе відчуття… Тим часом мій брат зростав… Він навіть не розумів, які проблеми приніс у моє життя. Він завжди посміхався і мовчав. Одного разу я побачив, як він тішиться метеликами, що літають довкола, ніжно гладить травинки… Мене це ще більше розлютило. Я страждаю, а йому байдуже… Мало того, він почувається щасливим... Як можна бути щасливим, коли в тебе немає лап і ти не вмієш говорити?! А він був щасливим… Малі цвіркунчики нерідко насміхалися над ним, а він їм просто лагідно посміхався.

Нещодавно мама залишила зі мною брата, бо мала відвідати нашу хвору бабусю. Я запевнив її, що потурбуюся про молодшого. Та коли вона пішла здому, я геть забув про свою обіцянку.

Цілий день ми грали з друзями у футбол. А коли я повернувся увечері додому, щоб взяти свою скрипку і, о лишенько! лише тоді згадав про брата. Але його ніде не було.

Дім відразу якось спорожнів… Скільки я не кликав, скільки не шукав брата – марно. Спочатку я просто злякався, що мені влетить від батьків. Проте з кожною годиною, я відчував, що мені самому бракує молодшого. Мені бракує його посмішки, бракує тієї лагідності, що випромінювали його очі, бракує його смирення. В якусь мить я збагнув, що мій брат з усіма тими вадами, що у нього є – це мій найбільший скарб.

Колись я вважав, що найбільше благо це пишатися своїм братом, показувати всім який він «крутий». І лише втративши його, я зрозумів, що він прийшов у цей світ з особливою місією… А саме: зробити цей світ добрішим. Як я не збагнув цього раніше?! Він, і подібні до нього, – ніби ангели, що прийшли на землю. І прийшли вони не у зовнішній красі, а в чистості. Бо так легко бачити видимі принади. Але треба мати щире серце сповнене любові, щоб побачити справжність речей. Мені раніше бракувало такого серця…

Цвіркун знову гірко розридався. Його слова ніби краплинка живильної вологи впали у моє серце і зростили у ньому ніжність. Я подивилася на свого знайомого і несміло запропонувала:

– Давай, пошукаємо разом. Я вища і бачу далі, тож можливо нам удвох пощастить більше.

Цвіркун утер однією лапкою сльози, а другою пригорнув до себе скрипку і стрибнув мені спочатку на руку, а далі на плече. Так разом ми і помандрували.

– Он він, он! – почувся крик. – Он біля струмка.

Я подивилася у бік, куди вказував мені мій новий друг. І, дійсно, біля самісінької води сидів маленький, не схожий на всіх, цвіркунчик. Він уважно розглядав бризки і, здавалося, посміхався кожній краплинці, що пролітала повз нього…

«Це дійсно ангел», – подумала я.

Щось залоскотало мені ногу, і я провела рукою. Розплющила очі… Сонце вже хилилося до небокраю. Потягнувшись на шовковистій траві я піднялася. Озирнулася довкола. Радісні метелики кружляли над барвистими квіточками. Дивовижні пахощі квітів та меду наповнювали повітря. «Невже це був лише сон? – запитала себе я. – А як же Цвіркун та його неповносправний братик? І хіба його можна назвати неповносправним? У нього така чиста душа, що, здається, більшість здорових більше неповносправні…».

Можливо, це й був лише сон, проте далеке цвіркотіння цвіркуна враз нагадало мені про сусідського хлопчика, що пересувається лише на візочку. Так, він дійсно не вміє ходити і не вміє говорити так, як ми. Але дякую, Боже, за те, що ти познайомив мене з цим ангелом, який не тільки виявив недоліки у кожному з нас, але й указав правдивий шлях до відкритості серця. Шлях до любові.

Я прискорила крок і вже майже побігла до дому продовжуючи вслухатися у переливні співи цвіркунів [23].

Додаток 12

ПРОТОКОЛ ТЕАТРАЛІЗОВАНОЇ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ДІТЕЙ З КРИЗОВИМ ДОСВІДОМ ПСИХОТРАВМИ (НАТАЛІЯ СИРОТИЧ)

ВПРАВА 1

Назва вправи	Я тут. Я з тобою
Автор вправи	Світлана Ройз
Вікова категорія дітей, для яких підходить вправа	Діти від 3 років
Мета вправи	Формувати відчуття безпеки та любові у сім'ї: • відчуття довіри та прив'язаності у дітей, що були у розлуці з батьками; • відчуття захищеності у світі; • сприяти зниженню рівня тривожності; • поверненню до ранніх відчуттів захищеності
Тривалість	Визначає сама дитина
Необхідні матеріали, обладнання	Покривало, хустка або великий шматок тканини, який необхідно зшити з усіх сторін, залишивши невеликий отвір, через який дитина зможе залізти і вилізти. Коли у нас не було під руками цього спеціального великого «мішка», ми використовували теплу ковдру, якою дитина сама накривалася з головою
Покрокові інструкції	Психолог може грати у цю гру з дитиною. Але якщо на консультації присутня мама або тато, варто запропонувати пограти їм разом у присутності психолога
Крок 1	Психолог розповідає дитині: «Зараз ми пограємо у чудову гру! Із цього ось яйця (показує покривало для гри) має вилупитися якась тваринка, що вилуплюється із яйця. Яка вона буде, ти можеш придумати і на деякий час стати нею». Психолог розповідає про те, що, коли дитина буде всередині мішка, він буде біля неї, і вони торкатимуться долоньками. Для цього дитині потрібно виставити уперед долоньку (так, щоб вона натягувала «яйце» і її було видно назовні). Психолог обов'язково говорить про те, що тваринка може вилупитися з яйця тільки тоді, коли буде до цього готовою і захоче цього. Коли це зробити, вирішує сама дитина
Крок 2	Дитина називає тваринку і придумує їй ім'я (наприклад, курчатко Пік, крокодиленя Катя)
Крок 3	Дитина залазить у «яйце» і зручно там вмощується
Крок 4	Психолог просить згадати її про спілкування долоньками

Крок 5	Дитина торкається краю «яйця» долонькою і каже: «Я тут». Психолог у відповідь торкається її долоньки з протилежної сторони «яйця» і промовляє: «Я з тобою»
Крок 6	Слід спонукати дитину переміщуватися у «яйці», крутитися у ньому, і долонькою торкатися краю у різних місцях
Крок 7	Гра триває доти, доки дитина цього захоче. Фрази «Я тут. Я з тобою» мають промовлятися часто, без довгих інтервалів
Крок 8	Дитина «вилазить із яйця», психолог радіє: «Ой, яке чудове курчатко у нас народилося!», вітає дитину, обіймає
Крок 9	Психолог обов'язково знімає роль із дитини у кінці гри
Запитання після дітей	– Як тобі було там усередині? – Що ти відчував, коли ми торкалися одне одного долоньками?
Можливі зміни та адаптування (для різних вікових категорій, статі, місцевості тощо)	Якщо дитині три роки, в неї можуть виникнути труднощі із назвою тваринки, яка вилуплюється з яйця. Психолог може сам запропонувати низку тварин або не заперечувати, якщо дитина назве кошеня чи іншу тваринку, яка не вилуплюється із яйця.

ВПРАВА 2

Назва вправи	Море солодких спогадів
Автор вправи	Наталія Сиротич
Вікова категорія тих, для кого підходить вправа	Від дітей старшого дошкільного віку і до людей похилого віку
Мета вправи	Сприяти проговоренню травматичних спогадів: • відчуття довіри та прив'язаності у дітей, що були у розлуці з батьками; • відчуття захищеності у світі; • сприяти зниженню рівня тривожності; • поверненню до ранніх відчуттів захищеності
Тривалість	До години
Необхідні матеріали, обладнання	Посуд синього кольору (діаметр – довжина аркуша А-4), тепла вода, мильна піна (ідеально – рідке мило-піна «Сейфгард»), багато різноманітних іграшок із кіндер-сюрпризів або невеличких деталей з малих іграшок
Покрокові інструкції	
Крок 1	Психолог проводить бесіду з дитиною про те, що у нашому житті є миті, про які ми можемо згадувати з усмішкою та радістю. Часто ці миті дуже особливі та приємні, як доторк цієї піни (психолог витискає піну і наносить багато піни на обидві долоні)
Крок 2	Дитина робить із піною те ж саме та намагається описати, яка піна на дотик, називаючи якомога більше ознак
Крок 3	Психолог просить не просто витискати піну, а з кожним витисканням пригадувати якийсь приємний спогад

Крок 4	Якщо клієнт хоче, він може розповісти про ці спогади або про один із них
Крок 5	Психолог ставить перед дитиною посудину із теплою водою і пропонує створити власне море солодких спогадів. Можна витискати у воду стільки піни, скільки хочеться, аж поки не відчуєш, що вона дійсно стала морем солодких спогадів (інколи ми кажемо дітям, що вони дізнаються, що море вже солодке, після того, як, опустивши руки у воду, їм захочеться посміхнутися
Крок 6	Психолог запитує дитину, яке зараз море, і спонукає її охарактеризувати «море», називаючи якомога більше ознак
Крок 7	Психолог висипає на стіл багато іграшок та різноманітних деталей і пропонує дитині поселити у своєму морі ті іграшки, які хоче дитина. Але є одна умова: кожна іграшка або деталь мають нагадувати якийсь приємний спогад
Крок 8	Коли дитина «заселить море», добре було б, щоб вона все-таки розповіла про значення іграшок
Крок 9	Потім психолог пропонує поселити у морі те, що стосується не дуже приємних спогадів або дуже неприємних. Психолог розповідає про особливу властивість моря солодких спогадів: усе сумне, що до нього потрапляє, стає меш сумнішим або й зовсім не сумним. Дитина, якщо хоче, ділиться символічним значенням іграшок, що їй нагадують про сумні спогади. Психолог запитує: – Що ти відчував тоді? Що відчуваєш зараз, після того, коли поділився цим, тощо Після виконання вправи іграшки виймають із «моря». Воду із «моря» дитина виливає на вулицю, самостійно обираючи місце для цього. Важливо, щоб місце було там, де росте трава. Діти гарно реагують на фразу: «На цьому місці ростиме трава солодких спогадів».
Запитання для дітей, рефлексії	– Чи буває так, що ми раптом згадуємо те, про що ніби вже й забули? Інші запитання завжди зводяться до того, що важливо цінити спогади, але важливо цінувати й те, що переживаєш зараз, у цю мить і цього дня. Після цього запитують: – Що чуєш навколо? – Які запахи відчуваєш? – Чиї голоси чуєш? Що бачиш? – Про що думаєш у цю мить?» тощо
Можливі зміни та адаптування (для різних вікових категорій, статі, місцевості тощо)	

ВПРАВА 3

Назва вправи	Відлуння
Автор вправи	Богдан Ткачук та Наталія Сиротич
Вікова категорія тих, для кого підходить вправа	Старші дошкільнята, молодші школярі та підлітки
Мета вправи	Дати можливість відчути опору під ногами; повернути відчуття «тут і тепер», відчуття впевненості та захищеності; сприяти «розкладанню» дій «на полички» для дітей, що втратили відчуття часу, послідовності, системності; зменшення рівня тривожності, підвищення життєвої активності
Тривалість	До 5 хвилин
Необхідні матеріали, обладнання	Немає
Покрокові інструкції	
Крок 1	Діти стають в коло і беруться за руки
Крок 2	Психолог пояснює, що зараз він промовлятиме фрази, а вони будуть його відлунням і повторюватимуть сказане всі одночасно
Крок 3	Психолог також пояснює, що кожна фраза матиме свій рух, який також потрібно повторювати для того, щоб відлуння вийшло ще красивіше
Крок 4	Я слухаю своє серце *(долоню прикладаємо до серця)*
Крок 5	Я міцно тримаюся землі *(злегка підстрибуємо і міцно «заземляємося», ставлячи міцно ноги на ширині плечей)*
Крок 6	Я готовий до дії *(повертаємося праворуч на півповороту)*
Крок 7	Я бачу своє майбутнє *(«дашок» із долоні – прикладаємо долоню до чола)*
Крок 8	Я прагну пізнавати світ *(із вказівного та великого пальців на обох руках робимо окуляри та прикладаємо до очей)*
Крок 9	Завжди є той, хто може мене підтримати *(кладемо одну руку на плече тому, хто стоїть перед нами (має вийти суцільний «ланцюжок» у колі)*
Крок 10	І той, кого я можу обняти *(кладемо другу руку на плече тому, хто стоїть перед нами)*
Крок 11	Я рухаюся вперед *(повертаємося обличчям всередину кола, забираємо руки із плечей іншого, робимо крок вперед у середину кола)*
Крок 12	Коли мені страшно *(затуляємо долонями очі)*
Крок 13	Я дивлюся страхові у вічі *(опускаємо долоні вниз)*
Крок 14	Долаю найвищі перешкоди *(високо підстрибуємо)*
Крок 15	І бачу цей чудовий світ *(розводимо руки в сторони)*
Крок 16	Який я люблю *(робимо сердечко із вказівних та великих пальців обох рук)*
Крок 17	Беру від життя все найважливіше *(долоні перед собою докупи так, наче хочемо щось узяти)*

Крок 18	Фільтрую зайве *(руки у тому ж самому положенні, але трохи розводимо пальці один від одного)*
Крок 19	І найцінніше кладу до свого серця *(у долоні наче щось беремо і кладемо до серця, притискаючи долоні до грудної клітки)*
Крок 20	Я неповторний *(руки опущені, трохи розведені в сторони, долоні широко відкриті, ноги на ширині плечей, голова гордо піднята догори)*
Запитання для дітей, рефлексії	– Що з того, що ви повторювали, вам запам'яталося найбільше? – Яку фразу хотілося б повторити кілька разів? – Що ви відчували, коли виконували вправу? – Що відчуваєте зараз, після вправи?
Можливі зміни та адаптування (для різних вікових категорій, статі, місцевості тощо)	Ця вправа подобається дітям та дорослим. Після її виконання атмосфера у групі помітно змінюється у кращу сторону

ВПРАВА 4

Назва вправи	Крила-долоньки
Автор вправи	Наталія Сиротич
Вікова категорія тих, для кого підходить вправа	Для старших дошкільнят та молодших школярів
Мета вправи	Сприяти активізації внутрішнього психологічного резерву дитини
Тривалість	До 30 хвилин
Необхідні матеріали, обладнання	Малюнок ангелятка без крил, гуаш або пальчикові фарби, ножиці, білий аркуш, пензлик або тарілочка для фарби
Покрокові інструкції	
Крок 1	Психолог пропонує дитині зробити ангелика крилатим
Крок 2	Дитина занурює долоньки у фарбу *(інколи дітям легше наносити фарбу за допомогою пензлика – це поступово і не так страшно)*
Крок 3	Дитина ставить відбитки обох долонь на окремий аркуш паперу
Крок 4	Для того, щоб фарба висохла, дмухаємо на неї *(дуже легенько, сильніше, дуже сильно, обережно, непомітно для інших)*
Крок 5	Коли фарба висохне, дитина видирає *(відриваємо щось від себе) або вирізає (встановлення меж) силует долоньок (психолог обирає один із способів)*
Крок 6	Приклеюємо крильця-долоньки біля силуету ангелятка
Крок 7	Прикріплюємо до аплікації ниточку і «літаємо» крилатим ангеликом *(вішаємо його над ліжечком)*
Запитання для дітей, рефлексії	Бесіда про відчуття безпеки та захищеності

ВПРАВА 5

Назва вправи	Монетка
Автор вправи	Наталія Шелепець
Вікова категорія тих, для кого підходить вправа	Для старших дошкільнят та молодших школярів
Мета вправи	Формування позитивного настановлення на зміну місця проживання
Особливості застосування	Вправа використовується для дітей-переселенців, що втратили дім назавжди та переїхали у мегаполіс
Тривалість	Залежить від процесу
Необхідні матеріали, обладнання	Монетка, подарункова коробочка
Покрокові інструкції	
Крок 1	Психолог пропонує дітям послухати казку. Жила якось в кишені у хлопчика монетка. Вона жила там недовго, бо хлопчик подарував її своїй мамі. Монетці подобалося жити в кишені у хлопчика, тому що там було тепло. Мама віднесла монетку на ринок, а натомість отримала свіже молоко. Монетка, усвідомивши, що її передали, спочатку засмутилася, а потім стала думати позитивно, та чекала з нетерпінням наступної передачі. Так вона подорожувала країною, побувала на великих ринках, у магазинах, побачила на своєму шляху різних людей та багато інших монет. Але одного разу вона потрапила до рук одного відомого колекціонера. Це був розумний чоловік, і в нього була велика колекція монет зі всієї планети. Монетка спочатку злякалася, адже тепер їй було не вибратися, тож про подорожі доведеться забути. Колекціонер відмив її, вона стала чиста та блищала, як новенька, що не могло її не радувати. Ніхто раніше так дбайливо до неї не ставився. Вона більше не поневірялася у брудних гаманцях. Монетці сподобалося жити в окремій оксамитовій коробочці. Її сусідами були інші монети, якими колекціонер дуже пишався, дбав про них: беріг від тертя, протирав пил, а найголовніше – нікому не віддавав. Він став для них справжнім господарем. Так монетка знайшла свій дім, де тихо, спокійно, й так само добре, як було колись у хлопчика в кишені.
Крок 2	Після розповіді казки перекладаємо монетку зі штанів *(використовуються старі дитячі джинси)* у подарункову коробочку
Крок 3	Розподіляємо ролі: штанці, монета, власники монети, колекціонер, коробочка
Крок 4	Відтворюємо історію казки засобами театралізованої арт-терапії
Запитання для дітей, рефлексії	Бесіда про відчуття захищеності, цінності, покликання

Додаток 13

ПРОГРАМА «П'ЯТЬ ПРОМІНЦІВ ЗЦІЛЕННЯ» (НАТАЛІЯ СИРОТИЧ)

Програма «П'ять промінців зцілення» передбачає п'ять зустрічей. Кожна зустріч має свою тему. Перший промінець, «**любов і милосердя**», базується на задоволенні потреби травмованих дітей у безумовній любові та милосерді, відчутті того, що щоб не трапилося у світі, вони залишаються улюбленими створіннями. Другий промінець, «**захисток і радість**», спрямований на відновлення здатності помічати допомогу інших і здатності самому допомагати ближньому. Третій промінець, «**дар творення**», має на меті допомогти дітям навчитися жити і радіти тут і зараз, усвідомлювати велич дару сотворення світу для людини, і разом із цим усвідомлювати відповідальність за цей світ. Четвертий промінець, «**тиша твого серця**», спрямований на формування рефлексії у дітей. П'ятий промінець «**ти завжди почутий**», формує у дітей розуміння того, що вони не тільки здатні знайти підтримку та допомогу, а й можуть стати тими, хто допомагає та змінює цей світ (починаючи із себе).

Обгрунтування	Історія	Пояснення (для керівника)	Притча для театралізації
Перший промінець «ЛЮБОВ І МИЛОСЕРДЯ»			
В умовах, коли батьки дітей (як в зоні бойових дій, так і переселенці) переживають певну невизначеність і невпевненість у майбутньому, досить часто саме діти відчувають на собі неконтрольовані емоційні прояви з боку батьків. Тому діти потребують відчуття безумовної любові і милосердя. Відчуття того, що щоб не трапилося у світі, вони залишаються улюбленими створіннями	**Історія «Безумовна любов»** (Кевін Стід) Приблизно рік тому я побував у сусідів на дні народження. Ми всі сиділи в альтанці, сміючись і жартуючи. Пара, в будинку якої відбулося свято, саме поклала спати свого трирічного сина. Минуло пів години, й дитинча причалапало назад до нас. Його батько, явно роздратований, рявкнув: «Хай тобі грець, я ж сказав тобі, щоби ти не вставав із ліжка!». Дитина швиденько втекла. Через кілька хвилин я зайшов у хол і наткнувся там на малюка, що сидів у кутку і плакав. Я зупинився, щоб запитати його, чому він плаче, а засоромлений хлопчик повернув заплакане обличчя в мій бік і запитав: «Як ти думаєш, мій батько ще любить мене?».	Дитині важливо дати зрозуміти, що ми її приймаємо такою, як вона є, тобто любимо безумовно. Можна навести біблійні приклади прояву справжньої любові до людини. Приклади прощення та милосердя. Важливо, змістити акцент дитини з негативного вчинку на позитивне розуміння того, як виправити наслідки цього вчинку, як уникнути в майбутньому повторення конкретної помилки, як допомогти іншим оминути її. Тому слід подбати про те, щоб діти були твердо впевнені: дорослі люблять їх безумовною любов'ю, а це означає, що вони ніколи, за жодних обставин не перестануть їх любити, навіть якщо вони не зовсім уміють проявляти свою любов.	**Притча про блудного сина**

Другий промінець «ЗАХИСТОК І РАДІСТЬ»			
Коли дитина опиняється в умовах небезпеки, важливо, щоб вона не втратила здатності бачити допомогу інших і бажання допомагати ближньому	**Історія «Це Ваша рука»** (Бруно Ферреро). Один учитель сказав учням намалювати те, за що вони б хотіли подякувати Богові. Вихователь гадав, що у цих дітей – вихідців із бідних родин – насправді не так багато причин для вдячності. Він був переконаний, що всі радше намалюють купи солодощів, столи, що вгинаються від наїдків. Малюнок Михайлика вразив: на ньому хлопчина зобразив руку. Чия ж це рука? Клас зацікавився зображенням. – Це рука Бога, що дає нам хліб насущний, – висловилася одна дитина. – Це рука селянина. Він годує курей, – сказала інша. Поки діти ще малювали, вчитель нахилився над партою Михайлика і спитав його, чия то рука. – Це ваша рука, – прошепотів хлопчик. І тоді вчитель пригадав, як щовечора брав Михайлика за руку, бо той був найменшенький, і проводжав до виходу. Вчитель так само обходився і з іншими дітьми, але для Михайлика це мало справді велике значення.	Основний меседж для дітей: «Ніхто не буває один на світі. Завжди є той, хто нас любить. Завжди є хтось, до кого можна звернутися за допомогою». Виховуючи можна допомогти або зашкодити дитині. Її можна навчити принизливому ставленню і ненависті до всього – або, навпаки, тому, що все живе потрібно любити, що любов, гармонія – це добре, в що ми самі потребуємо стати такими. Важливо допомогти дітям зрозуміти те, що завжди є кому розповісти про страх – батькам, другові, вихователю чи навіть Богові, і отримати допомогу та підтримку (як у притчі про бурю). Часто краще допомагають дитині зрозуміти любов та опіку наші руки, доторки, ласка. Так, як у історії з Михайликом, діти часто «відчувають» любов у нашому опікуванні і ніжності. Тому варто інколи замислюватися над тим, яку силу можуть мати наші руки.	**Притча про бурю на морі**
Третій промінець: «ДАР ТВОРЕННЯ»			
Для дітей важливо навчитися жити і радіти тут і зараз, важливо усвідомлювати велич дару сотворення світу для людини, і разом із цим усвідомлювати відповідальність за цей світ	**Історія «Батьки не продаються»** (Бруно Ферреро). Молода пара зайшла до магазину дитячих іграшок. Подружжя довго вибирало подарунок, оглядаючи полиці і перебираючи забавки, підвішені до стелі чи розкладені просто на підлозі ляльки, що плакали і сміялися, електронні іграшки, маленькі печі, що пекли торти…	Дитина має знати те, що батьківську любов можуть давати не лише батьки; вона значно ширша, бо в неї включені рідні, близькі і навіть Творець. Можна запитати дітей: «Чи сумно вам тоді, коли мама чи тата немає поряд?».	**Восьмий Псалом Давида** (можливо у віршованій літературній обробці)

	Однак не могли вирішити, що купити. До них підійшла ввічлива продавщиця. – Розумієте, – почала пояснювати жінка, – у нас маленька дівчинка, але цілий день нас не буває вдома. – Донечка рідко усміхається, –продовжив чоловік. – Ми хотіли б купити їй щось, що б зробило її щасливою, – говорила далі жінка, – навіть коли нас нема… Щось, що б її забавляло, розраджувало, коли вона сама. –Вибачте, – усміхнулася продавщиця, – ми не продаємо батьків	Ми потребуємо присутності наших батьків навіть коли їх немає поряд, ми можемо з ними розмовляти в своїх думках. Якщо ж дитина належить до релігійного середовища, то для неї важливим є образ Бога – батька, з яким завжди можна ділитися власними переживаннями. Так, наприклад, коли підліток гримне дверима і вирветься з дому від «нерозуміючих батьків» (а таке буває мало не з усіма дітьми в цьому світі), він знатиме, що є Хтось більший за людину, Той, хто завжди зрозуміє і допоможе порозумітися з мамою і татом. Це захистить серце дитини від страху бути нікому в світі непотрібною	
Четвертий промінець «ТИША ТВОГО СЕРЦЯ»			
Формування рефлексії	Історія «Почути тишу»(Бруно Ферреро) Якось після вечері, на яку було запрошено багато друзів, мама сказала дочці, щоб вона помолилася й ішла спати. Дівчинка послухалася, стала навколішки біля свого ліжка, щоб промовити молитву. Коли вона вернулася, щоб сказати всім «добраніч», мама запитала: – Чи ти гарно помолилася, доню? – Ні, я не змогла. – Як це не змогла? Піди спробуй ще раз! Дівчинка повернулася до своєї кімнати і ще раз спробувала помолитися. Через кілька хвилин знову прийшла до мами. – Тепер уже гарно помолилася? – Ні, мамо, я не могла! – Не могла? Але ж чому? – Я не чула тиші. Не могла нічого почути. У вас так шумно!	Дитині слід частіше нагадувати, що ми краще чуємо своє серце у тиші. І саме через серце промовляє до нас Творець. Дорослий має допомогти дітям навчитися прислухалися до биття своїх сердець. Сучасні підлітки у навушниках або «в Інтернеті» – це діти, що бояться тиші, адже саме в ній промовлятиме їхнє сумління, біль, тривога, прощення. Важливо також створювати особливе середовище для внутрішньої розмови дитини, середовище тиші: напівосвітлена кімната у вечірній час, храм, ліс тощо. Якось одного праведного чоловіка запитали про те, чому він завжди ходить молитися до лісу і як докір додали: – Хіба Бог не всюди однаковий? На що чоловік відповів: – Бог однаковий, але в лісі я інший…	**Гетсемансь-кий сад** (в якому молився Ісус Христос). Відтворити мову дерев, вітру, ночі, вогню, а особливо мову тиші.

П’ятий промінець: ТИ ЗАВЖДИ ПОЧУТИЙ			
Дитині дуже важливо навчитися не просто бачити, щось в інших, але й стати тим, хто змінює цей світ (починаючи з себе)	**Історія «Молитва»** (Бруно Ферреро) Андрійко мав лиш одну велику мрію – велосипед. Яскраво-жовтого кольору, з різними технічними новинками – він вразив Андрійка з першого погляду. Хлопець побачив його в місті на виставці і вже не міг забути: щоночі бачив його уві сні… Але Андрійкова мама ледве давала собі раду з рахунками за світло, газ, телефон… Купити синові такий дорогий велосипед їй було не під силу. Андрійко розумів мамині проблем, тому просив про подарунок Бога. До своїх щоденних молитов він почав додавати одну фразу: «Не забудь про жовтий велосипед. Амінь». Мама вслухалася в Андрійкову молитву й сумно зітхала. Вона переживала, що Різдво цього року для нього буде дуже сумне. Настало Різдво. Андрійко, як і можна було передбачити, ніякого велосипеда не отримав. Увечері, як звичайно, він вклякнув біля свого ліжка, щоб помолитися на ніч. – Андрійку, – співчутливо промовила до нього мама, – я знаю, що тобі сумно, бо ти не одержав велосипеда. Але ти не ображаєшся на Господа Бога, що Він не відповів на твої молитви, правда? Андрійко серйозно подивися на маму. – Звичайно, що ні, мамо. Бо Господь відповів на мої молитви. Він сказав: «Ні»	Діти мають добре знати, що зажвди є той, хто бачить і чує їх. Варто навчитися відкриватися до щирого діалогу, щирого ділення (із собою, людьми та Богом). Навіть просте привітання «Вітаю, мій любий друже», може на крок наблизити дитину до іншої людини. Подібе привітання до Творця може дозволити дитині пережити моменти, коли потрібно буде розділити з кимось радість чи смуток. Водночас, дитина має засвоїти: • віра – це подарунок; але ти даєш її свідчення; • надія – це дар, але ти можеш скріпити віру у своїх близьких; • любов – це благодать, але ти можеш показати, як треба любити; • мир – це здобуток, і ти можеш посіяти злагоду; • сила – дарована духом, ти можеш розрадити в сумніві; • життя – найцінніший скарб, але ти – розбуди в іншому прагнення жити; • світло руйнує темряву, нехай завдяки тобі воно засяє в чиїхось очах; • навіть якщо хтось робить неможливе, ти ж – зроби, що можеш	**Притча про митаря та фарисея**

Додаток 14

ТЕСТ «ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ» (ЗА В. БОЙКО)

Інструкція. Дайте відповідь на поставлені запитання:

- ні – (–2);
- швидше ні – (–1);
- не знаю – (0);
- швидше так – (1);
- так – (2)

1. Часто мені здається, що результати мого служіння не варті тих зусиль, які я на них витрачаю.
2. Я впевнений, що моє служіння допомагає людям.
3. Через тривалу втому чи напруження я приділяю своїм обов'язкам менше уваги, ніж потрібно.
4. Я вмію знаходити правильні рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають при спілкуванні з іншими.
5. Я не відчуваю підтримки парафіян (співбратів).
6. Незважаючи на труднощі, моє служіння приносить мені багато радості.
7. Я втомився від проблем, з якими мені доводиться мати справу.
8. Я часто радію, що моє служіння приносить користь вірянам (співбратам).
9. Я відчуваю, що займаю не своє місце.
10. Я, зазвичай, цікавлюся життям вірян (співбратів).
11. У мене багато планів на майбутнє в моєму служінні, і я вірю в їхнє здійснення.
12. Я постійно відчуваю підтримку в роботі від своїх співбратів.
13. Вранці, зазвичай, я відчуваю втому та небажання починати служіння.
14. Парафіянам я приділяю багато уваги, але й одержую достатню віддачу від них.
15. Моє конкретне служіння приносить мені все менше задоволення.
16. Якби була така можливість, я б з радістю змінив місце роботи.
17. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи.

18. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співпраці в колективі.
19. Наше служіння низько оцінюється оточуючими, є непрестижним.
20. Мені часто хочеться усамітнюватися.
21. Моє служіння притуплює мої емоції, зацікавленість різними добрими справами, робить мене нервовим.
22. Мої вимоги до якості виконуваної мною роботи вищі, ніж результат, якого реально я досягаю.
23. Моя життєва ситуація здається мені дуже важкою, напруженою.
24. Зазвичай, я кваплю час: швидше б робочий день скінчився.
25. В часі реалізації мого служіння я відчуваю приємне пожвавлення.
26. Моє бажання навчити, допомагати парафіянам не знаходить у них підтримки.
27. Мені здається, що я занадто багато сил та часу віддаю на служіння.
28. Останнім часом я став «холоднішим» до тих, із ким працюю.
29. Останнім часом мене переслідують невдачі.
30. Якби в мене було інше місце роботи, я був би більш щасливий.
31. Я дуже часто працюю через силу.
32. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато вартісного.
33. Працюючи з вірянами, я наче ставлю «екран» між мною й ними, що захищає мене від негативних емоцій.
34. Після роботи я відчуваю себе, як «вичавлений лимон».
35. Мені здається, що колеги все частіше перекладають на мене свої проблеми та обов'язки.

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

№	Шкала	Номер запитання					Сума
1	Незадоволення собою	1	8	15	22	29	
2	«Загнаність у клітку»	2	9	16	23	30	
3	Редукція професійних обов'язків	3	10	17	24	31	
4	Редукція особистих досягнень	4	11	18	25	32	
5	Відсутність соціальної підтримки	5	12	19	26	33	
6	Емоційна спустошеність	6	13	20	27	34	
7	Особистісна відчуженість (деперсоналізація)	7	14	21	28	35	

Знак (–) перед номером означає, що відповідь «так» (+) чи «ні» (–) треба замінити на протилежну. Далі підраховується алгебраїчна сума балів у рядках. Що вищий підсумковий бал у рядку, то вища виразність цього симптому «емоційного вигорання».

1. Незадоволення собою: 1, – 8, 15, 22, 29.
2. Загнаність у клітку: –2, 9,16, 23, 30.
3. Редукція професійних обов'язків: 3, –10, 17, 24, 31.
4. Редукція особистих досягнень: –4,–11, –18, –25, –32.
5. Відсутність соціальної підтримки: 5, –12, 19, 26, 33.
6. Емоційна спустошеність: –6, 13, 20, 27, 34.
7. Особистісна відчуженість (деперсоналізація): 7, –14, 21, 28, 35.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з питань біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» /Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013. № 41.

2. Закон України «Про здійснення державних закупівель». URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1197–18

3. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2018) / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2018, № 5, ст. 35. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229–19

4. Закон України «Про соціальні послуги». URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966–15

5. Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності / Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057, Київ. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-%D0%BF

6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді» від 01. 08. 2013. № 5 7 3. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/573-2013-%D0%BF

7. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#n8

8. Мінімальний державний стандарт психологічної підтримки і супроводу сім'ї // Збірник державних стандартів соціальних послуг з реабілітації/абілітації інвалідів, дітей-інвалідів та осіб з розумовою відсталістю. / Рекомендовано Методичною радою з питань реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів при Міністерстві праці та соціальної політики України. Протокол №5 від 28.05. 2008 р.

9. Баканурский А. Г., Овчинникова А. П. Современный театрально-драматический словарь. Одесса: Студия «Негоциант», 2007. 340 с.

10. Баца А., Эверет О. 23 рекомендации военных психологов семьям бойцов АТО. URL: http://vgoru.org/index.php/template/novini-ukrajini/item/1473-23rekomendatsiivoennykhpsikhologovsemyambojtsovato

11. Безносюк О. О. Використання методу «рівний-рівному» у роботі соціального педагога / Вісник Черкаського університету. Випуск 203. Частина І. Серія «Педагогічні науки», 2011. С. 20–23.

12. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія: навч. посібник. Полтава : А С М І, 2010. 240 с.

13. Бондаренко Н. Б. Супровід групи самодопомоги осіб, які мають проблеми психічного здоров'я / Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. 2015. Т. 175. С. 58–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMApp_2015_175_12

14. Браун А. Групповая работа в Великобритании / Практика социальной работы. Київ, 1996. С. 52–68.

15. Брей Р. Как жить в согласии с собой и миром? Москва, 1992.

16. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.

17. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика : навч. посіб. / за ред. проф. С. О Сисоєвої. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. С. 14–20.

18. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи // Психология зрелости и старения. 2002. № 1.

19. Варлакова Є. О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : тези доп. міжвідомчої науково-практичної конференції. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). – Київ : Національна акад. внутр. справ, 2016. С. 80–83.

20. Великий енциклопедичний юридичний словник / За ред. Ю. С. Шемшученка. Київ : ТОВ «Видавництво "Юридична думка"», 2007. 992 с.

21. Вернуть военнослужащих к нормальной жизни могут не только психологи, но и близкие люди. URL: rost-info.com.ua›…voennosluzhashhix…tolko…blizkie…

22. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.

23. Волкова А. «Хочу вернуться на фронт!». URL: fakty.ua…vernutsya-na…krichal…zastavlyali…tam-ya…

24. Всемирная организация здравоохранения (2014). Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf

25. Герман Дж. Психологічна травма та шляхи до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

26. Герман Джудіт. Психологічна травма та шляхи до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

27. Глебов В. Л. Влияние социально-психологических последствий участия в боевых действиях на внутрисемейные отношения офицеров : Дис. канд. психол. наук : 19.00.05 : Москва, 2004. 182 с.

28. Глушко М. Л. Становлення та специфіка міжнародно-правового режиму військовополонених. Автореферат. Одеса, 2015 с.

29. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

30. Грановская Р. М. Психология веры. Санкт-Петербург, 2010. 480 с.

31. Гридковець Л. М. Формування психосексуальної культури студентської молоді 17–19 років : дис. канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2004. 260 с.

32. Гридковець Л. М. Долаймо труднощі з дитиною: Казкотерапія дитячих проблем. Львів : Скриня, 2015. 64 с.

33. Гридковець Л. М. Психокорекційний тренінг як засіб допомоги молоді при залежності від алкоголю // Практична психологія та соціальна робота. Науково-практичний та освітньо-методичний журнал. № 2. 2012. С. 18–24.

34. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. Львів : Скриня, 2016. 512 с.

35. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. Посібник. Київ : Літера, 2015. 207 с.

36. Групи самодопомоги (self-help groups) // Психологічна енциклопедія. URL: http://enc.com.ua/psixologichna–enciklopediya/grou-dann/107650-grupisamodopomogiself-helpgroups.html

37. Группы само- и взаимопомощи для людей, уязвимых к ВИЧ. Київ : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. 68 с.

38. Дашкина М.Е. Основы групповой работы с детьми, переживающими утрату близких: на основе опыта Великобритании // Практична психологія та соціальна робота: Науково-практичний та освітньо-методичний журнал. 2003. №10. С. 40–42.

39. Демкин А., Дорофеев И. Концепция первой психологической помощи при профессиональном дистрессе сотрудников правоохранительных органов. URL: www.town812.ru/psichologicheskaya-pomosh.shtml

40. Деревенченко Г., Саидова Т. Исследование системы оказания реабилитационных услуг жертвам пыток. ОФ «Правовая инициатива». Душанбе, 2015.

41. Дитяча та юнацька психотерапія. Теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях / за загальною редакцією Г. Католик. Львів : Асролябія, 2012. 312 с.

42. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: Методичні рекомендації. Київ-Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.

43. Довідник учителя початкової школи: допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту / Н. В. Пророк, О. В. Бурлака, Svetlana Goncharenco (USA), Л. О. Кондратенко, Л. М. Манилова, Л. Г. Царенко, О. Ю. Чекстере // за ред. Н. В. Пророк. Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2016. 108 с.

44. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н. В. Пророк, С. А. Гончаренко та ін. / за ред. Н. В. Пророк. Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2015. 84 с.

45. Ерёмина Т. И., Крюков Н. П., Логинова Ю. Ю. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях: Методическое пособие. Саратов : ПМУЦ, 2002. 60 с.

46. Єремієвська Л. М. Види ігор з дітьми на заняттях пісочної терапії. URL static.klasnaocinka.com.ua/uploads/editor/3736/327828/...41/.../piskoterapiya.docx

47. Женевська конвенція «Про захист прав військовополонених». 1949.

48. Жорняк Е. С., Савельева Н. Е. Нарративная психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. №4. 2005.

49. Журавльова Н. Ю., Гурлєва Т. С. Діалог як фактор формування психотерапевтичних стосунків з дружинами демобілізованих військовослужбовців // Міжнародна науково-практична конференція «Сучасний вимір психології та педагогіки», 26–27 травня 2017 р. Львів, 2017. С. 151–153.

50. Журавльова Н. Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців // Актуальні проблеми психології. Т. 3. Консультативна психологія і психотерапія. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Логос, 2015. С. 76–84.

51. Зинкевич-Евстегнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 340 с.

52. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Практикум по креативной терапии. Санкт-Петербург : Издательство «Речь»; «ТЦ Сфера», 2001. 400 с.

53. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. Підтримка реформи соціального сектору в Україні / під ред. О. Л. Іванова. URL : http://zn–upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf

54. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие. Санкт-Петербург : Речь, 2012. 448 с.

55. Карачевский А. Б. Лечение алкоголизма. URL : http://www.karachevskiy.kiev.ua/lechenie_alkogolizma.php

56. Карачевський А. Б. Подолати алкогольну залежність. Львів : Свічадо, 2016. 124 с.

57. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва, 2003. 80 с. URL : http://www.twirpx.com/file/1491102/

58. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критеріями / Сост. Дж. Е. Купер. Под ред. Дж. Е. Купера. Київ : Сфера, 2000. 464 с.

59. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 160 с.

60. Кісарчук З. Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим. Актуальні проблеми психології. Т.3. Консультативна психологія і психотерапія. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. Максименка С. Д. Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. Випуск 12. С. 7–22.

61. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки. Актуальні проблеми психології. Т. 3. Консультативна психологія і психотерапія. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. Максименка С. Д. Київ : Логос, 2015. Вип. 11. С. 7–20.

62. Климишин О. І. Духовна терапія адиктивних осіб. Християнсько-орієнтований підхід. Навчально-методичний посібник. Івано-Франківськ : Гостинець, 2012. 121 с.

63. Климишин О. І. Особливості організації та надання християнсько-психологічної допомоги учасникам АТО //Науковий журнал «Психологія особистості». Івано-Франківськ, 2016. С. 90–100.

64. Климчук В. О. Мотиваційний дискурс особистості в інтеракційному просторі / Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук. 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи/ ІСПП НАУ, 2015. 412 с. URL : http://eprints.zu.edu.ua/18597/1/dys_Klymchuk.pdf

65. Кляпець О. Я. Вплив наслідків переживання травматичних подій ветеранами на їх сімейні взаємини / Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції. Тези доповіді міжвідомчої. науково-практичної конференції Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2016. С. 161–164.

66. Ковпак Д., Лалаян Т., Третьяк Л. Как преодолеть боль. Практическое руководство психотерапевта. Санкт-Петербург : Наука и Техника, 2008. 256 с.

67. Козак Т. У полоні на Донбасі. Сексуальне насильство // Радіо Свобода. 5.07.2016. URL: http://www.radiosvoboda.org/a/27840050.html

68. Козинчук А. Не надо «сюсюкать» с АТОшниками. URL : http://ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami-480039.html

69. Комплексная реабилитация лиц, переживших пытки – содержательное руководство. Организация «Свобода от пыток», 2011.

70. Комплексная реабилитация лиц, переживших пытки. Создатель и разработчик программы: Тина Пёеар. Октябрь 2005. URL : https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/Content_Manual_RusV.pdf

71. Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. ООН, 1984.

72. Кондратенко Л. О. Психологічні особливості сприйняття своєї ситуації дітьми-переселенцями із зони АТО та Криму // Науковий вісник Чернівецького університету: збірник наукових праць. Випуск 743: Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький национальний университет, 2015. С. 115–118.

73. Кондратенко Л. О. Влияние травматического стресса на учебные способности ребенка // Technologies of Shaping and Enhancing Health of Human and Society : monograph. Opole : The Academy of Management and Administration in Opole, 2016. Pp. 31–36.

74. Копытин А. И., Свистовская Е. Е. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 256 с.

75. Корнієнко І., Католик Г. Психологічна допомога дітям, що зазнали травм внаслідок катастрофи (Методика «Страхи», методика «Життєві цінності», методика «Опиши своє майбутнє», «Опиши своє минуле» // Психолог. 2004. № 46. С. 8–16.

76. Кузуб Н. В., Э. И. Осипук Э. И. В гостях у песочной феи. Организация педагогической песочницы и игр с песком для детей дошкольного возраста. Методическое пособие для воспитателей и психологов дошкольных учреждений. Санкт-Петербург : Речь. Москва : Сфера, 2011. 61 с.

77. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании. URL : http://www.e–reading.club/bookreader.php/94233/Kyubler–Ross__O_smerti_i_umiranii.html

78. Ла Страда-Україна. Міжнародний жіночий правозахисний центр: протидія торгівлі людьми, насильству в сім'ї; захист прав дітей. URL : www.la-strada.org.ua

79. Линский И. В., Кузьминов В. Н., Позднякова Н. В., Онищук С. В., Шестопалова Л. Ф., Гриневич Е. Г. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения // Український вісник психоневрології. Том 22, випуск 3 (80), 2014. С. 512.

80. Лэнгле А. Травма и смысл. Против утраты человеческого достоинства. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии : Сборник статей. Москва : Генезис, 2009. С. 163–187.

81. Макарчук С. А. Етнографія України. Львів : «Світ», 2004.

82. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва : Издательсьво Эксмо, 2005. 960 с.

83. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуаціях. Москва, 2010. 529 с.

84. Маслоу А. Мотивация и личность. Москва, 1998. 543 с.

85. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. Український медичний часопис: актуальні питання клінічної практики, URL: http://www.umj.com.ua/article/81802/ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii

86. Меняйло В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. Москва : Смысл, 2002.

87. Методы изучения семьи. URL: texts.news/...knigi/metodyi-izucheniya-semi-37503.html

88. Мисула Ю. І. Ефективність методу EMDR у терапії посттравматичного стресового розладу // Клінічна психіатрія / Clinical psychiatry. 4 (79), 2014. С. 84–87. URL: file:///C:/Users/User/Downloads/apsuh_2014_20_4_22.pdf

89. Міжвідомчий постійний комітет (МПК). (2007). Психічне здоров'я та соціально-психологічна підтримка в надзвичайних ситуаціях. Женева : МПК.

90. Мілюта В. Психологи назвали п'ять проблем переселенців зі сходу України // UNN, 2014. URL: http://www.unn.com.ua/uk/news/1391947-psikhologi-nazvali-pyat-problem-zhiteliv-skhodu-ukrayini

91. Міноборони придумало, як подолати алкоголізм в АТО/ НТВ. 8.07.2016. URL: http://nv.ua/ukr/ukraine/politics/minoboroni-pridumalo-sposib-jak-poboroti-alkogolizm-v-ato-143321.html

92. МКБ 10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: http://mkb-10.com/index.php?pid-4257

93. Мобільна психологічна допомога. Канадсько-українська фундація. URL: http://psyservice.org

94. Модель GROW/ Матеріал з Вікіпедії. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/ /wiki/Модель_GROW

95. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. Москва : Смысл, 2001. 286 с.

96. Моховиков А. Н., Дыхне Е. А. Кризисы и травмы. Методические материалы к учебному курсу «Теория и практика гештальт-терапии». Москва, 2011.

97. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів : Видавництво Українського католицького університету. «Свічадо», 2014. 120 с.

98. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу : Методичні рекомендації / О. А. Голоцван, С. І. Осташко, О. М. Мешкова та ін. Київ : Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008. 179 с.

99. Никифоров А. С. Неврология. Полный толковый словарь. 2010. URL: https://vocabulary.ru/slovari/nevrologija-polnyi-tolkovyi-slovar.html

100. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця : Міленіум, 2007. 295 с.

101. Онлайн-інструмент з організації груп самодопомоги / Ресурсний центр ГУРТ, 2013. URL: http://tools.gurt.org.ua/tools/selfhelp

102. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник // за ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

103. ООН: у світі рекордно побільшало біженців // BBC: Україна, 18. 06. 2015. URL: http://www.bbc.com/ukrainian/politics/2015/06/150618_un_displaced_rl

104. Пампура І. І., Остапович В. П. Особливості соціальної та психологічної реабілітації учасників бойових дій. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції. Тези міжвідомчої науково-практичної конференції Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2016. С. 77–80.

105. Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствие и помощь. Москва, 2010. 88 с.

106. Предупреждение пыток: Справочник для персонала ОБСЕ на местах. ОБСЕ, 2009.

107. Пророк Н. В. Самовдосконалення як умова виживання в складних ситуаціях, які виникають на професійному шляху // Social and Economic Priorities in the Context of Sustainable Development: monograph. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2016. Pp. 191–199.

108. Пророк Н. В. Психологічні основи професійного розвитку практичного психолога: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2013. 42 с.

109. Пророк Н. В., Кондратенко Л. О. Психологічні особливості роботи вчителя початкової школи з дітьми, постраждалими внаслідок бойових дій. Досвід України та країн Європейського Союзу у вирішенні актуальних проблем психології в сучасних соціально-політичних умовах: збірник наукових статей / За редакцією С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, Ю. Горбанюк. Київ-Люблін : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Інститут Наук про Родину і Працю Соціальну Католицького Університету Любліна Яна Павла II, 2016. С. 105–110.

110. Прощання з Героями Небесної Сотні («Пливе кача»). URL : https://www.youtube.com/watch?v-rhTfVVJcmYo

111. Психологическая реабилитация семей участников боевых действий в «горячих точках». URL: www.vetkaivi.ru/main/teract?id=88

112. Психологічна допомога вимушеним переселенцям: Методичні рекомендації // Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2014. 26 с. URL: rda.hm.ua/files/4136_9730.doc

113. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції / Матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 30 березня 2016 р.). 2 ч. /редакційна колегія: В. В. Чернєй, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін. Ч. 2. Київ Національна академія внутрішніх справ, 2016. С. 41.

114. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко / За ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво"Логос"», 2015. 207 с.

115. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко / За ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво"Логос"», 2015. 207 с.

116. Реабілітація воїнів АТО, взаємодія учасників АТО та громади. Прес-реліз. Укрінформ. URL: http://www.ukrinform.ua/rubric-other_news/1859827-e396f86c7ee795fb0d5c6310aec17fb7.html

117. Рева И. Обними меня, я пришел с войны. URL: litsa.com.ua›show/a/22004

118. Решетников М. М. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психологический журнал. Москва, 1989. Т. 10. №4. URL: http://www.aquarun.ru/psih/extrem/extrem7.html

119. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Москва : Прогресс-Универс, 1994.

120. Розенберг Маршалл. «Язык жизни. Ненасильственное общение». София, 2009.

121. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: практичне керівництво. Львів : Свічадо, 2012.

122. Романчук О. Духовний супровід осіб з посттравматичним стресовим розладом (7 передач). URL: https://www.youtube.com/watch?v-8LAmo9KNBh8

123. Савчин М. В. Духовна парадигма практичної психології // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: збірник наук. праць. №17 (41). 2007. С. 30–36.

124. Савчин М. В. Християнське духовне виховання і самовиховання // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць. Вип. 10. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2010. С. 689–699.

125. Сакович Н. А. Технология игры в песок. Игры на мосту. Санкт-Петербург : Речь, 2008. 176 с.

126. Святе Письмо Старого і Нового Завіту. Рим : United Bible Societies, 1991. 324 с.

127. Сильверман Ф. Р. Группы взаимной помощи // Энциклопедия социальной работы в 3-х тт. Москва : Центр общечеловеческих ценностей, 1996. Т. 1. С. 158–179.

128. Синдром АТО. Українці зіштовхнулися з посиленням насильства у сім'ях // Кореспондент, 2015. URL: http://ua.korrespondent.net/ukraine/events/3556008-syndrom-ato-ukraintsi-zishtovkhnulysia-z-posylenniam-nasylstva-u-simiakh

129. Синопсис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. Львів : Видавництво Українського Католицького Університету, 2014. 112 с.

130. Сиротич Н. Диво твоїми руками/ Посібник для вихователів та катехитів. Львів : Свічадо, 2009. 64 с.

131. Сиротич Н. Підготовка майбутніх вихователів до формування творчих умінь у старших дошкільників засобами театрально-мовленнєвої діяльності / Автореферат на здобуття кандидата психологічних наук зі спеціальності 13.00.08. Одеса, 2017. 348 с.

132. Смычёк В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Минск : Юнипак, 2005. 420 с.

133. Список почуттів. URL : http://www.cnvc.org/ru

134. Список універсальних людських потреб. URL: https://www.cnvc.org/Training/needs-inventory

135. Стамбульский протокол. Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк и Женева, 2004.

136. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. Москва : Когито-центр, 2005. С. 66.

137. Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии // Методические рекомендации, Москва, 1987. URL: www.medpsy.ru/library/library164.pdf

138. Съедин С. И., Абдурахманов Р. А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. Москва, 1992. 69 с.

139. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.

140. Терещук Г. «За волю – без алкоголю!» – гасло УПА актуальне і сьогодні // Радіо Свобода, 7.12.2014. URL: http://www.radiosvoboda.org/a/26729179.html

141. Тичковський Є. Психотравма в дітей та підлітків (причини та наслідки). URL: http://1.psiholog.com.ua/node/1054

142. Тренінг післятравматичного росту «Серце воїна». URL: https://www.facebook.com/events/1676486462621257

143. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Available at: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_ 121_ PTSR/2016_121_ YKPMD_PTSR. doc (accessed: 01.03.2016)

144. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. Москва : Прогресс, 1990. URL: http://www.lib.ru/DPEOPLE/frankl.txt

145. Хомич Т. М. Фізичне насильство як одна із форм вчинення насильства в сім'ї. // Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право», 2010. № 2. URL: http://lj.oa.edu.ua/articles/2010/n2/10ktmnvs.pdf

146. Хэнсон Хайди. 21 способ помочь человеку с ПТСР. URL: https://www.b17.ru/article/69447/

147. Царенко Л. Г. Принципи реабілітації учасників антитерористичної операції // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 26 травня 2016 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ : НУОУ, 2016. С. 358–360.

148. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях. Перспективні питання психології: збірник наукових праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення» (Слов'янськ, 21 січня 2016 р.)/ ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет». Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. Вип. 1. С. 276–29.

149. Чекстере О. Ю. Психологічні особливості ПТСР в дітей, постраждалих внаслідок збройного конфлікту на Сході України // Психолог, 2016. № 7–8 (583–584). С. 55–61.

150. Шевченко И. Вернувшиеся с Донбасса бойцы никогда не будут прежними. URL: facenews.ua›

151. Штейнхардт Л. Юнгианская песочная психотерапия. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 320 с.

152. Шутценбергер А. А. Психогенеалогия: как излечить семейные раны и обрести себя, Москва : Психотерапия, 2010. 221 с.

153. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. 336 с.

154. Эль Г. Н. Человек, играющий в песок. Динамичная песочная терапия. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 208 с.

155. Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания – практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики. Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, 2014

156. Христос Яннарас. «Вера Церкви. Введение в православное богословие». URL: https://lib.pravmir.ru/library/book/330

157. Abdallah, C. G., & Geha, P. (2017). Chronic Pain and Chronic Stress: Two Sides of the Same Coin? SAGE journals. Chronic Stress, Vol. 1, 1–10, March 23.

158. Apkarian, V., & Bushnell, C. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. European Journal of Pain, 9 (2005), 463–484.

159. Berliner P., Nikkelsen E.M., Bovbjerg, A., Wiking, M. (2004). Psychotherapy treatment of torture survivors. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 8, 85–96

160. Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain, 10, 287–333.

161. Bushnell, C., Cˇeko, M., & Low, L. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nature Review Neuroscience, 14(7), 502–511.

162. Egle, U. T. (2014). Wenn der Schmerz im Gehirn entsteht. Vortrag. Abgerufen von http://mediathek.hhu.de/watch/13c5361f-4b52-44d6-90fd-4bcbcac5abbe (18.10.2018).

163. Egle, U. T. (2017). Wie das Gehirn aus Stress Schmerz macht und wie man das erfolgreich behandeln kann. Teil 1. Konferenz Lindauer Psychotherapiewochen. Abgerufen von researchgate.net/publication/316240039.71.

164. Egle, U. T., Ecker-Egle, M. L., & Nickel, R. (2011). Fibromyalgie-Syndrom. Eine Stressverarbeitungsstörung. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 162(8), 326–337.

165. Eisenberger, N., Jarcho, J., Lieberman, M., & Naliboff, B. (2006). An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. Pain, 126, 132–138.

166. Engel, G. (2011). Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg. Bern: Huber.

167. Gendlin, E. (1998). Focusing-orientierte Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

168. Compassion Fatigue/ Online magazine Goodtherapy.org - https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/compassion-fatigue

169. Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment General Comment No. 3 of the Committee against Torture. Committee against Torture, 2012

170. Hebb, D. O. (1949). The Organization of Behavior. A new psychological theory. New York: Wiley.

171. Herman, J. (2015). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books.

172. Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. Hospital and community psychiatry, 37(3), 241–249.

173. Huber, M. (2007). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Paderborn: Junfermann.

174. Jensen, K., Loitoile, R., Kosek, E., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., ... Kong, J. (2012). Patients with fibromyalgia display less functional connectivity in the brain's pain inhibitory network. Molecular Pain, 8, 32.

175. Jerath, R., Crawford, M., Barnes, V., & Harden, K. (2015). Self-Regulation of Breathing as a Primary Treatment for Anxiety. New York: Springer Science & Business Media.

176. Jerath, R., Edry, J., Barnes, V., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing. Neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. Medical Hypotheses, 2006, Vol. 67 (3), 566–571.

177. Kalff D. Sandplay/ Dora Kalff. -Boston: Sigo Press, 1980.

178. Knaster, P., Karlsson, H., Estlander, A. M., & Kalso, E. (2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. General Hospital Psychiatry, Vol. 34 (1), 46–52.

179. Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., & Nilges, P. (2017). Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (8. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

180. LeDoux, J. (2016). Angst. Wie wir Furcht und Angst begreifen und therapieren können, wenn wir das Gehirn verstehen. Wals: Ecowin.

181. LeNaour, J. Y. (2001). Laughter and tears in the Great War: the need for laughter/the guilt of humour. Journal Of European Studies, 31(3–4), 265–275.

182. Mallot, H. (2000). Sehen und die Verarbeitung visueller Information. Wiesbaden: Springer Vieweg.

183. Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain Mechanism: A New Theory. Science, Vol. 150, Number 3699.

184. Ossipov, M. H., Dussor, G. O., & Porreca, F. (2010). Central modulation of pain. Journal of clinical investigation, 120 (11), 3779–3787.

185. Porges, S. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. Cleveland Clinic Journal of Medicine, April, 76 (Suppl. 2), 86–90.

186. Porges, S. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann.

187. Porges, S. (2017). Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Lichtenau: Probst.

188. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. American Journal of Psychiatry, 166, 293–301.

189. Shamai, M., Fogel, S., & Gilad, D. (2016). Experiencing Couple Relationships in the Line of Fire. Journal Of Marital & Family Therapy, 42(3), 550–563. doi:10.1111/jmft.12147

190. Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. Attachment & Human Development, Vol. 2, No. 1. Oxford: Routledge.

191. Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. Infant Mental Health Journal, Vol. 22 (1–2), 201–269.

192. Schore, A. N. (2018). Right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process. In G. Craparo & C. Mucci (2018), Unrepressed unconscious, implicit memory and clinical work. London: Routledge.

193. Sullivan, K. (2015). An Application of Family Stress Theory to Clinical Work with Military Families and Other Vulnerable Populations. Clinical Social Work Journal, 43(1), 89–97. doi:10.1007/s10615-014-0500-7

194. Tinney, G., & Gerlock, A. A. (2014). Intimate Partner Violence, Military Personnel, Veterans, and Their Families. Family Court Review, 52(3), 400-416. doi:10.1111/fcre.12100

195. Tracey, I., Ploghaus, A., Gati, J., Clare, S., Smith, S., Menon, R., & Matthews, P. (2002). Imaging Attentional Modulation of Pain in the Periaqueductal Gray in Humans. Journal of Neuroscience, 1, 22 (7), 2748–2752.

196. Traumatic events and posttraumaticstress disorder in an urban population of young adults / N. Breslau, G. C. Davis, P. Andreski [et al.] // Archives of General Psychiatry. 1991. Vol. 48. P. 216–222. Transforming stress through awareness, education and collaboration. URL: https://www.stress.org/military/for-practitionersleaders/compassion-fatigue/

197. Trepel, M. (2012). Neuroanatomie. Struktur und Funktion (5. Aufl.). München: Urban & Fischer.

198. Turk, D. C., & Melzack, R. (2001). Handbook of Pain Assessment (2. Aufl.). New York: Guilford.

199. Van der Kolk, B. (2016). Verkörperte Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau: Probst.

200. Zelano, C., Jiang, H., Zhou, G., Arora, N., Schuele, S., Rosenow, J., & Gottfried, J. (2016). Nasal Respiration Entrains Human Limbic Oscillations and Modulates Cognitive Function. Journal of Neuroscience, 36(49), 12448–12467.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

ГРИДКОВЕЦЬ ЛЮДМИЛА,
кандидат психологічних наук, завідувач кафедри психології Київського інститут бізнесу та технологій. Голова Української асоціації християнської психології.

ВЕБЕР ТОМАС,
магістр психології, психотерапевт. Директор Інституту нейропсихотерапії (м. Відень, Австрія). Міжнародний тренер із травмафокусу.

ЖУРАВЛЬОВА НАТАЛІЯ,
науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка.

ЗАПОРОЖЕЦЬ ОЛЬГА,
доктор в області викладання психологічного консультування та супервізії, ліцензований психологічний консультант (штат Вірджінія, США). Фахівець в області кросс-культурної освіти та супервізії клінічних консультантів, питань сексуальної ідентичності та хімічної залежності.

КРАЙМАЄР ДЖОШУА,
магістр клінічного консультування, докторант програми викладання психологічного консультування та супервізії. Ліцензований консультант та ліцензований терапевт в області сім'ї та шлюбу (штат Колорадо, США), фахівець в області консультування ветеранів та їхніх сімей.

КЛИМИШИН ОЛЬГА,
доктор психологічних наук, професор кафедри соціальної психології та психології розвитку Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, професор Івано-Франківського Богословського університету імені св. Івана Золотоустого.

МОКРОУСОВА АННА,
психолог, голова ГО «Блакитний Птах». Спеціалізація – кризове консультування, робота з травмою.

ПРОРОК НАТАЛІЯ,
доктор психологічних наук, завідувач лабораторії психодіагностики та наукової психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка.

СІРЕНКО ТЕТЯНА,
психолог, до 2018 року координатор проектів допомоги потерпілим від тортур та членам їхніх родин. Спеціалізація – кризове консультування, робота з шоковою травмою.

СИРОТИЧ НАТАЛІЯ,
кандидат педагогічних наук, психолог, арт-терапевт, керівник Центру для дітей та сімей Благодійного фонду «Карітас-Київ».

ЦАРЕНКО ЛЮДМИЛА,
старший науковий співробітник лабораторії психодіагностики та наукової психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка, учасник бойових дій.

ШАПОШНИК НАТАЛІЯ,
клінический психолог, спеціалізація – кризове консультування, диференціальна діагностика психічних розладів.

Follow OSCE Project Co-ordinator in Ukraine



Україна, 01030, Київ,
вул. Стрілецька, 16
info-pcu@osce.org
www.osce.org/ukraine

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні